

## ANNALES

DES MALADIES

## DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Directeurs :

M. LERMOYEZ  
M. LANNOISP. SEBILEAU  
E. LOMBARD

COMPAGNIE FRANÇAISE DES PEROXYDES

PARIS — 17, Rue d'Athènes, 17 — PARIS

USAGE  
INTERNE

TRAITEMENT

DES

MALADIES

USAGE  
EXTERNE

de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx

PAR

**L'EKTOGAN-BOCQUILLON**

Flacon-Poudreux et Pansements spéciaux — Exiger la marque et le nom "Bocquillon"

PRIX SPÉCIAUX POUR HOPITAUX ET MAISONS DE SANTÉ

**PH<sup>acie</sup> BOCQUILLON-LIMOUSIN**

PARIS — 2 bis, rue Blanche, 2 bis — PARIS

**CHIRURGIE ASEPTIQUE**

Pansements J.-A. FAURE

26, Rue des Petits-Champs

**VICHY - ETAT****CÉLESTINS GRANDE GRILLE HOPITAL**

## PENGHAWAR VICARIO

Hémostatique végétal stérilisé en applications sur les points hémorragiques

**ANESTHÉSQUES**

**OBJETS DE PANSEMENTS**

PH<sup>ie</sup> VICARIO, 47, boul<sup>d</sup> Haussmann, Paris (à l'angle de la rue du Helder)

*Reconstituant général,  
Dé-ression  
du système nerveux,  
Neurasthénie.*

PHOSPHO-GLYCÉRATE  
DE CHAUX PUR

**NEUROSINE PRUNIER**  
NEUROSINE-SIROP — NEUROSINE-GRANULÉE  
NEUROSINE-CACHETS

*Débilité générale,  
Anémie,  
Phosphaturie,  
Migraines.*

DÉPOT GÉNÉRAL :  
CHASSAING et C<sup>ie</sup>, Paris, 6, avenue Victoria

## ERSEOL PRUNIER

(Sulfosalicylate de Quinoléine pur)

Anti-Rhumatismal  
Anti-Grippal  
Anti-Infectieux

## BROMÉTHYLE FAURE

**POUR ANESTHÉSIE**

**DANS LES OPÉRATIONS SPÉCIALES**

26, Rue des Petits-Champs

TUBERCULOSE, ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, MALADIES de la CROISSANCE, etc.

Sirop d'**HYPOPHOSPHITE CHAUX** du **D<sup>r</sup> CHURCHILL**

*Le Meilleur agent de la Médication Reconstituante par le Phosphore.*

Plus Efficace que l'Acide Phosphorique et ses dérivés.

PRIX : 4 fr. franco. — Pharmacie SWANN, 12, Rue de Castiglione, PARIS.

L

R

D

al

k

E

ILL

65.





MÉMOIRES ORIGINAUX

---

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES TUMEURS  
DU PHARYNX (suite),

Par MM. DURAND et GAULT.

OBSERVATION I. (JACQUES). — *Cancer épithélial du voile, de l'amygdale et de la gouttière pharyngée opéré et guéri par la voie buccale.*

Le sujet de cette observation est un homme de soixante-huit ans qui me fut adressé au début de 1907 par mon collègue et ami M. Michel, pour un volumineux épithélioma végétant englobant la totalité de la luette, tout l'arc palatin droit, l'amygdale droite et ses piliers, enfin la portion avoisinante de la gouttière pharyngée, gênant considérablement la déglutition et l'articulation de la parole. Le malade était assez amaigri, mais non pas précisément cachectique; on sentait un ganglion du volume d'une noisette au niveau de la bifurcation de la carotide.

En raison de la limitation assez nette du néoplasme, du défaut d'infiltration périphérique perceptible, et, d'autre part, eu égard à l'âge relativement avancé du porteur, je jugeai à propos d'intervenir par les voies naturelles, après ligature préalable de la carotide externe et extirpation du ganglion.

Par une incision extérieure, pratiquée tout d'abord, l'artère fut liée au-dessus de l'émission de la thyroïdienne supérieure, dont la branche laryngée supérieure fut également ligaturée. Un ganglion du volume et de la forme d'un gros haricot, appliqué sur l'origine de la carotide interne, et déjà ramolli au centre, fut extirpé au cours de ce premier temps opératoire; on ne découvrit dans le voisinage aucune autre adénopathie suspecte. L'incision fut réunie par un surjet au catgut; puis, le malade étant placé tête déclive et la bouche largement ouverte, un fort fil, passé au travers du voile à la racine de la luette, permit d'attirer et de fixer la partie médiane de la masse néoplasique. Il fut alors aisé, avec l'aide du miroir frontal, d'exciser, au moyen de ciseaux fortement courbés sur le plat, toutes les parties dégénérées, en un seul bloc jusqu'à la base de la langue.

L'hémorragie, à peu près nulle, n'exigea ni l'application d'aucune ligature ni l'emploi du thermocautère et céda rapidement à la simple compression. Un pansement collodionné couvrit l'incision cutanée.

Les suites furent remarquablement bénignes, surtout relativement à l'étendue de la lésion. Le surlendemain de l'opération, le malade se levait et n'hésitait pas à substituer aux irrigations buccales prescrites des inhalations répétées de fumée de tabac à l'aide de son fidèle brûle-gueule. Le malade quittait l'hôpital le cinquième jour après l'opération et, dix jours plus tard, était présenté à la Société de médecine de Nancy dans un état de cicatrisation très avancée et de santé générale très améliorée. La perte des deux tiers du voile palatin entraînait un nasonnement assez accusé, mais la déglutition des liquides pouvait s'effectuer sans reflux nasal incommode, grâce à une inclination de la tête sur l'épaule gauche.

La tumeur enlevée présentait, en totalité, le volume d'un œuf de poule.

Le sujet de cette opération a été revu en février puis en août 1908. Il n'offrait aucune trace de récurrence, ni du côté de la bouche ni du côté des ganglions, mais avait dû subir l'ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

Les troubles fonctionnels s'étaient encore notablement atténués (1).

Encouragé par ce premier succès, j'eus depuis l'occasion de recourir à un procédé semblable avec autant de satisfaction dans trois autres cas de cancer.

Obs. II. (JACQUES.) — *Cancer du voile, des deux amygdales et du pharynx extirpé par les voies naturelles.*

Au mois de décembre 1907 vint échouer à ma consultation de l'hôpital un homme d'une soixantaine d'années, Charles H..., dans un état de cachexie avancée, dû à une vaste tumeur ulcérée de la gorge, avec otalgie et dysphagie atroces, rebelles à tous les traitements tentés jusqu'alors.

La totalité du bord libre du voile et de l'amygdale gauche, le pôle supérieur de l'amygdale droite, la gouttière pharyngienne gauche jusqu'aux replis pharyngo-épiglottiques étaient le siège d'un ulcère sanieux à bords végétants, entouré d'une atmosphère rougâtre, infiltrée, indurée, contrastant avec la pâleur livide, l'amincissement dystrophique et le relâchement de tout le reste de

(1) 22 mars 1909. Je viens de réopérer ce malade pour un volumineux épithélioma cutané du cou. Le pharynx est toujours indemne de toute récurrence.

la muqueuse buccale. Une fissure profonde, radiairement dirigée, sillonnait la tumeur au niveau du pôle supérieur de l'amygdale gauche. L'affection datait de cinq ou six mois et était parvenue, depuis une semaine, à la phase de dysphagie presque absolue.

Le patient ne se faisait aucune illusion sur la gravité de son état édifié qu'il était par les nombreux avis médicaux qu'il avait antérieurement demandés. Il réclamait seulement quelque soulagement à ses souffrances, repoussant d'avance toute opération, qu'il considérait comme une condamnation à mort.

Je crois, en effet, qu'une pharyngotomie latérale, qui eût exigé la résection de la branche montante, aurait excédé de beaucoup la résistance du sujet, sans offrir, d'ailleurs, de garanties sérieuses contre la récurrence.

Connaissant au contraire, par expérience, la grande bénignité des excisions buccales, même très étendues, je réussis à faire accepter à mon homme une opération par les voies naturelles, que je pratiquai.

De même que pour le précédent malade, j'effectuai d'abord la ligature de la carotide externe gauche à son origine, ce qui me permit d'extirper un petit ganglion mobile, imperceptible à la palpation. Puis, l'opéré étant placé tête déclive et la bouche maintenue largement ouverte, je passai une anse de fil dans la pointe de la langue et une autre en pleine tumeur, à la limite des palais osseux et membraneux. Le premier fil fut confié à un aide; en exerçant, à l'aide du second, une traction sur le voile dégénéré, il me fut aisé d'exciser, partie au bistouri, partie avec de forts ciseaux courbes, la totalité du néoplasme. L'effusion de sang fut insignifiante et, par suite, la dissection des parties saines et malades remarquablement aisée et rapide. L'opération fut terminée par une seule ligature et deux points de suture placés sur la muqueuse pharyngienne dans la gouttière gauche.

Aucun choc, aucune réaction thermique.

Dès le surlendemain de l'opération, l'opéré pouvait se nourrir suffisamment par la bouche. Les forces et l'embonpoint revinrent assez vite et, sauf une otalgie assez tenace, indépendante de toute récurrence appréciable, la guérison demeura complète pendant les quelques mois au cours desquels le malade revint se soumettre à notre examen.

Obs. III. (JACQUES). — *Cancer de l'amygdale, du voile et du pharynx. Extirpation par voie buccale. Récurrence partielle.*

François L..., soixante-dix-sept ans, pensionnaire à l'hospice des vieillards, m'est adressé par son médecin pour une affection de gorge mettant obstacle à l'alimentation. C'est un homme encore robuste, mais amaigri, de constitution goutteuse. Il fait remonter à huit mois environ le début de son mal sous la forme d'une otalgie gauche; puis la déglutition, d'abord aisée, est devenue peu à peu difficile, puis douloureuse. Actuellement, les liquides seuls passent, la voix est angineuse, nasonnée.

La région amygdalienne gauche apparaît occupée par un volumineux champignon sanieux ulcéré, recouvert d'enduit adhérent. La paroi du pharynx, fusionnée avec le pilier postérieur, est envahie jusqu'au voisinage de la ligne médiane. Le larynx est entièrement indemne, le tympan gauche scléreux, non enflammé. Pas d'adénopathie sensible au cou. Pas de tare viscérale notable.

L'intervention, pratiquée pour atténuer la souffrance et la dysphagie, consista dans une exérèse large, par la voie buccale, au moyen du bistouri et de ciseaux courbes. Dans un premier temps, la moitié gauche du voile et les piliers furent excisés, puis le prolongement pharyngien extirpé. Bien que le malade fût placé tête basse, l'hémorragie n'eut rien d'excessif et céda à la simple forci-pression.

Suites très simples, alimentation buccale dès le troisième jour. Six semaines environ après l'opération, extirpation à l'anse d'un volumineux bourgeon développé sur la paroi postérieure du pharynx: du reste aucune dysphagie, aucune otalgie; le malade avait repris tout son embonpoint et son ordinaire jovialité. Nouvelle récurrence deux mois plus tard, mais plus discrète; même traitement. Le malade est revu encore à plusieurs reprises, portant toujours un placard néoplasique presque stationnaire de la dimension d'une pièce de 1 franc sur le pharynx. Puis il succomba brusquement à des accidents pulmonaires.

OBS. IV. (JACQUES). — *Cancer térébrant de l'amygdale, du voile et de la fosse glosso-amygdalienne avec adénopathie. Extirpation buccale après excision des ganglions. Guérison opératoire rapide.*

Charles C..., soixante-douze ans, bûcheron, se présente à la consultation de mon service le 14 décembre 1908, pour des accidents dysphagiques, dont le début remonterait aux premiers jours de septembre: la déglutition des aliments éveillait, dès cette époque, une assez vive sensibilité du côté gauche de la gorge, avec quelques irradiations vers l'oreille. Moins de trois mois plus tard, le malade

netolérât plus que les liquides seuls, et encore au prix de souffrances très vives.

C'est un homme de petite taille, sec, amaigri, fatigué, mais encore résistant, sans antécédents spécifiques. Son mal présente un curieux aspect : au-devant de la loge amygdalienne gauche, excavée et bourgeonnante, le pilier antérieur tendu, se montre perforé comme à l'emporte-pièce par trois orifices généralement arrondis, mais d'inégales dimensions, qui réduisent cette région du voile à une véritable dentelle. La plus grande des perforations a le diamètre d'une pièce de 50 centimes; elle a, comme ses voisines, des bords épaissis et végétants plutôt pâles, plus comparables, assurément, à ceux d'un ulcère lupique qu'au talus bourbilloeux d'une gomme ouverte. Toutefois, l'induration périphérique, qui s'étend à près de 1 centimètre au pourtour des pertes de substance, l'état végétant des débris amygdaliens et du pilier postérieur, enfin la constatation d'une adénopathie dure, profonde, à l'angle de la mâchoire, éloignent une confusion que l'examen histologique écarte définitivement.

C'est pour être débarrassé par une opération de douleurs devenues intolérables que le malade est venu nous trouver. Dès le lendemain de son entrée au service, C... est chloroformé : j'extirpe par une incision externe un gros ganglion déjà ramolli au centre et très adhérent à la bifurcation carotidienne, ainsi que trois glandes plus petites. Les grosses artères sont intactes, mais plusieurs gros affluents de la jugulaire interne ont dû être sectionnés et liés. Puis, abordant comme de coutume le néoplasme par la bouche largement entrebâillée, je saisis la tumeur en son milieu avec une pince à griffes, et la circonscris au bistouri en procédant de la luette vers le palais osseux, puis l'apophyse ptérygoïde. L'attache pharyngienne du voile est disséquée au delà de la région dégénérée, au travers de l'aponévrose, avec les ciseaux courbes qui poursuivent les tissus malades jusque dans l'épaisseur de la base de la langue. En moins de quelques minutes, la région naguère occupée par le néoplasme apparaît entièrement nette : l'œil et le doigt ne discernent plus, tant dans la profondeur qu'à la périphérie, aucun nodule suspect. Hémorragie veineuse modérée, aisément tarie par un tamponnement oxygéné. Deux points de catgut sur la tranche du voile, deux autres sur la section de la partie latérale de la langue contribuent à réduire la surface cruentée, sur laquelle on applique une mèche iodoformée.

Sauf une recrudescence passagère de l'otalgie, les suites opératoires furent, comme toujours, des plus simples. Aucune hémor-

ragie secondaire. Le 31 décembre, le malade avalait très librement les liquides, à condition de prendre son temps; le 4 janvier, vingt jours après l'opération, il quittait le service avec une plaie pharyngienne déjà très réduite et un reste insignifiant d'otalgie.

Obs. V. — *Epithéliomavégétant du voile de l'amygdale, du pharynx et de la joue.* (Inédite, communiquée par M. le professeur JACQUES.)

M. J..., cultivateur, soixante ans, traité depuis deux mois pour stomatite ulcéro-membraneuse à point de départ gingival, vient se plaindre d'une aggravation progressive de son état, en dépit d'usage prolongé de chlorate de potasse. Il éprouve depuis quelque temps des lancées douloureuses dans la mâchoire inférieure, en même temps qu'une certaine gêne de la déglutition et de la respiration pendant la nuit.

A l'inspection, on constate un volumineux champignon développé sur la moitié gauche du voile, englobant l'amygdale et les deux piliers jusqu'à la base de la langue, envahissant la paroi postérieure jusqu'à la ligne médiane et se prolongeant dans la joue jusqu'à l'espace rétro-molaire inférieur. Pas de ganglions; notable amaigrissement depuis quelque temps.

*Opération le 4 décembre 1909.*

Sous chloroforme, en position de Rose, excision au bistouri et aux ciseaux courbes de la moitié gauche du voile y compris la luette saine, en rasant le bord postérieur du palatin et sectionnant le crochet de l'aile ptérygoïdienne. En même temps est extirpée la moitié correspondante de la gouttière pharyngienne envahie, ainsi que la région amygdalienne jusqu'au niveau de la langue, qui paraît échapper à l'infiltration.

L'exérèse est terminée par l'extirpation d'un gros nodule intragénien, confinant à l'abouchement du canal de Sténon, ainsi que de la muqueuse dégénérée de l'espace rétro-molaire inférieur, en empiétant sur le ptérygoïdien interne largement infiltré et un peu sur le bord inférieur du maxillaire et les insertions massétérides.

Les surfaces musculaires douteuses sont largement rôties au thermo. Très peu de sang, sauf par une artériole satellite du canal de Sténon (buccale ou transverse de la face), qui causa une hémorragie post-opératoire et obligea à un tamponnement iodoformé. Trois points de suture sur le voile; pas de ligature.

Les suites ont été très simples, sauf l'hémorragie ci-dessus signalée. Le malade a quitté la maison de santé le 13, soit douze jours après l'opération. Le 3 janvier, un mois après, le voile est cicatrisé; mais il persiste un ulcère induré de la joue en regard des molai-

res inférieures, et il persista en dépit de l'extraction de celles-ci.

Depuis cette époque, le malade s'est présenté à diverses reprises (février et mars) avec des troubles de dysphagie, tenant en grande partie au trismus cicatriciel. Pendant tout ce temps aucune récidive n'a été constatée du côté du pharynx. Mais un ulcère néoplasique végétant a envahi progressivement la joue, dont l'extirpation ne put être pratiquée. Le malade fut perdu de vue et succomba dans le courant de l'année 1910.

OBS. VI. — *Sarcome endothélial du pharynx.* (Inédite, communiquée par M. le professeur JACQUES).

Marcel A..., treize ans, enfant chétif, pottique guéri, mère tuberculeuse, éprouve depuis septembre 1910 une dysphagie non douloureuse progressive. Une opération pratiquée vers cette époque a amené un soulagement temporaire suivi de la reproduction des phénomènes antérieurs, compliqués de dyspnée nocturne depuis quelque temps.

Au début de mars, cet enfant présentait dans la gouttière pharyngienne gauche, immédiatement au-dessus du bord inférieur de l'amygdale, une masse lobulée, lisse, rosée, sessile, du volume d'un œuf de pigeon environ, obstruant en partie l'orifice laryngien; dans son point le plus saillant, existe un petit ulcère bourgeonnant; pas de ganglions; depuis quelque temps, l'état général est notablement affecté tant par la dysphagie que par la dyspnée nocturne. L'examen d'un fragment prélevé montre qu'il s'agit d'un sarcome endothélial sans élément amygdalien.

*Opération le 6 mars 1910.*

Sous l'anesthésie chloroformique, la tumeur est extirpée en trois prises à l'anse chaude, en même temps que l'amygdale sus-jacente; grâce à la laxité relative de la gouttière pharyngée, le bord inférieur du néoplasme, engagé dans le sinus piriforme, peut être attiré et complètement excisé par la bouche; hémorragie nulle; suites très simples, dysphagie modérée; apyrexie. Le malade quitte la maison de santé le 11, cinq jours après son opération.

Revu le 2 mai: la cicatrisation est franche et complète; pas d'épaississement suspect ni de ganglions. Un petit bourrelet cicatriciel occupe le pôle inférieur de l'amygdale; l'état général est très amélioré. La liqueur de Fowler est prescrite à l'intérieur.

Fin octobre, le petit malade avait considérablement engraisé, et ne présentait pas trace de récidive locale ni ganglionnaire. La cicatrice pharyngienne était à peine visible.

Le malade a été revu récemment, toujours en bonne santé et indemne de toute récidive.

OBS. VII. — *Sarcome de la paroi latérale du pharynx nasal et du voile.* (Inédite, communiquée par M. le professeur JACQUES.)

M<sup>lle</sup> Jeanne F..., sept ans, est présentée par ses parents à notre ami le D<sup>r</sup> Bertemès (de Charleville), à la fin de décembre 1909, pour des phénomènes d'obstruction nasale accompagnée de douleurs de tête et d'écoulement d'oreilles. Il existe, en effet, chez elle une otite aiguë perforée du côté gauche, tandis qu'à droite la suppuration qui remonte à une quinzaine est actuellement tarie. Les maux de tête ont coïncidé avec le début de l'otite, mais n'ont pas cédé avec elle.

L'obstruction nasale a pour cause une tumeur résistante lobulée un peu irrégulière, remplissant le cavum et sessile sur la paroi latérale droite de l'épipharynx.

L'enfant, quelques jours auparavant, a rejeté spontanément une portion de sa tumeur dont l'examen histologique aurait révélé la nature fibromateuse.

Concluant à un polype naso-pharyngien, notre confrère m'amène l'enfant en me priant d'intervenir s'il y a lieu.

L'enfant F... est une fillette amaigrie, en proie à une céphalée fronto-occipitale presque continue; la respiration nasale est totalement impossible, la respiration buccale elle-même est bruyante. A l'inspection de la cavité buccale, l'attention est attirée par une proéminence très marquée avec abaissement du voile principalement du côté droit. Immédiatement en arrière, on aperçoit au petit miroir une masse néoplasique à surface granuleuse, tomenteuse, couverte d'enduit jaune grisâtre qui comble en totalité l'épipharynx. Le doigt la contourne en avant, en arrière et à gauche; son pédicule semble répondre de la fossette de Rosenmuller droite. Le tympan droit est rétracté, rosé; le gauche, perforé au pôle supérieur avec écoulement mucopurulent gris blanchâtre. Une sécrétion muqueuse abondante s'écoule par les narines. Sous le sterno-mastoïdien droit, on sent quelques ganglions qui n'existeraient que depuis quelques jours.

Espérant avoir affaire à un fibrome infecté et partiellement sphacélé, nous décidons d'intervenir sans retard par les voies naturelles, en raison de l'état de déchéance relativement avancé et des phénomènes de suffocation menaçants.

*Opération le 14 janvier 1910.*

L'enfant étant chloroformée et placée tête déclive, le voile est incisé sur sa face buccale au point le plus saillant depuis son attache palatine jusqu'au bord droit de la luvette.



La tumeur apparaît alors sous forme d'une masse végétante blanchâtre, largement insérée sur la paroi latérale droite du pharynx au-dessous de la trompe, et infiltrée dans la moitié droite du voile qu'elle distend. Pour l'énucléer, la section vélo-palatine est poursuivie sur la face dorsale; la muqueuse assez vascularisée, mais non dégénérée, est disséquée, et la masse néoplasique extraite par fragments que l'ongle décolle et qu'on eulève à la pince.

Contrairement aux apparences, le centre de la tumeur a une consistance relativement molle. On en poursuit le morcellement dans l'espace maxillo-pharyngien, jusqu'aux limites macroscopiquement appréciables; en raison de l'état de faiblesse de l'enfant, les ganglions sont provisoirement respectés jusqu'à vérification de la nature histologique réelle du néoplasme.

L'hémorragie, du reste, est très modérée; une mèche iodoformée est placée dans la vaste cavité résultant de l'énucléation des masses néoplasiques, son extrémité étant ramenée à l'orifice narinal droit; le voile est réuni par trois points de catgut.

Aucune hémorragie ne s'est produite dans la journée de l'opération ni dans les jours suivants. Aucune élévation de température. L'enfant s'alimente dès le troisième jour sans grande difficulté. Le 17 janvier, la mèche est extraite, la tuméfaction cervicale a sensiblement diminué.

L'examen histologique des fragments de tumeur, pratiqué entre temps, a montré qu'il s'agissait non pas d'un fibrome enflammé et ramolli, mais d'un sarcome malin à petites cellules.

Nous prescrivons la liqueur de Fowler et l'enfant quitte la clinique le 22, très soulagée du côté du nez et de la gorge, mais se plaignant déjà d'une reprise des douleurs dans la nuque et le front.

En outre, la région parotidienne commence à présenter une tuméfaction suspecte.

J'ai appris quelques semaines plus tard que l'enfant avait succombé en pleine cachexie.

Obs. VIII. — *Epithélioma du voile*. (Inédite, communiquée par M. le professeur JACQUES.)

M. C..., soixante-cinq ans, a été adressé à M. le professeur Etienne par son médecin habituel pour une ulcération considérée par lui comme tuberculeuse, développée à la face antérieure du voile du palais un peu au-dessus et à gauche de la luette. Un traitement prolongé à l'acide lactique était resté infructueux.

Appelé en consultation par mon collègue, je crus pouvoir éliminer

le diagnostic précédemment porté et conclure à un ulcère cancéreux.

En effet, l'ulcération qui occupe à la face buccale du voile, au-dessus de l'arc palatin gauche, une surface un peu supérieure à celle d'une pièce de 50 centimes, présente des bords végétants et durs nettement limités à la vue et au toucher. Le fond, relativement uni dans la moitié interne, est soulevé par de nombreuses excroissances de consistance ferme, mais un peu pâles dans la partie externe de la lésion. Il n'existe au voisinage aucun foyer secondaire, comme il ne manquerait pas de s'en produire dans le lupus. Enfin, l'affection a été remarquée depuis trois mois; elle s'accroît lentement et régulièrement, et cause assez peu de douleur. Dans son ensemble, la région ulcérée s'élève notablement au-dessus du plan général de la muqueuse vélo-palatine.

Au point qui lui correspond sur le dos du voile, apparaît un bourgeon saillant rosé; le stylet ne traverse nulle part l'ulcère; il ne paraît pas exister de ganglions. Un examen biopsique confirme le diagnostic clinique, il montre qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux.

*Opération le 24 février 1910.*

Elle consista simplement en une excision large de la région moyenne du voile au bistouri, suivie d'un rapprochement par suture des bords cruentés.

Cette petite opération est aussi aisément supportée que l'excision des amygdales et permet au malade de quitter la maison de santé le 28.

Revu en décembre, le malade avait repris ses habitudes antérieures d'éthylisme et de tabagisme sans récurrence. Je n'ai pas eu de nouvelles de lui depuis cette époque, mais il est vraisemblable qu'il n'aurait pas manqué de réclamer de nouveau mes soins s'il avait éprouvé quelque nouvel ennui de sa gorge, étant données la simplicité et la bénignité de sa première opération.

Obs. IX. — *Epithélioma ulcéré de l'amygdale, du voile, du pharynx et de la langue.* (Inédite, communiquée par M. le professeur JACQUES.)

M. M..., quarante-six ans, vient en mars 1911 consulter pour des troubles douloureux de la gorge, localisés surtout vers la base de la langue et qu'il éprouverait depuis deux mois environ. Un traitement antisyphilitique tenté par son médecin habituel n'a fourni aucun résultat.

Le malade est un homme assez vigoureux, quoique un peu ama-

gri par sa récente dysphagie. La voix est un peu embarrassée, nasonnée, la déglutition provoque des contractions douloureuses dans la face. Comme antécédent morbide, il raconte qu'il aurait fait l'an dernier sans cause définie de l'anasarque; actuellement les urines sont brunes, mais non albumineuses. Les bruits du cœur sont un peu éloignés.

Un frère aîné a succombé il y a trois ans à une tumeur maligne de l'amygdale et de la base de la langue.

L'inspection de la cavité buccale découvre une vaste ulcération excavant la fosse amygdalienne gauche, échançant l'arc palatin, et se prolongeant sur la paroi pharyngienne postérieure jusqu'au voisinage de la ligne médiane; en bas, l'ulcération se prolonge suivant les replis glosso-amygdaliens jusqu'à la base de la langue et à la racine de l'épiglotte. La luette ulcérée dans sa moitié gauche est œdémateuse et couverte d'un enduit opalin. Le vaste ulcère de l'isthme du gosier est limité par des bords végétants en talus, dont la palpation digitale révéla, notamment vers la base de la langue, une induration caractéristique. Pas de ganglion sensible à la palpation de la région sous-maxillaire et du cou.

En présence de lésions aussi étendues, j'aurais sans doute hésité à proposer une intervention chirurgicale même palliative en toute autre circonstance; mais trois années auparavant, j'avais cru devoir, en présence du malade, déclarer inopérable et fatalement mortelle dans un bref délai, une affection similaire chez son frère. Je promis donc à M. M... d'intervenir immédiatement pour le débarrasser d'une affection dont il ne soupçonnait que trop la malignité.

*Opération le 16 mars.*

Sous l'anesthésie chloroformique, je pratiquai la ligature préalable de la carotide externe au lieu d'élection, sans rencontrer au voisinage des vaisseaux de ganglions appréciables. Puis la petite plaie cutanée étant refermée, et la tête placée en situation déclive, la bouche est débarrassée d'un grand nombre de chicots provoquant de l'inflammation gingivale. Je procède alors avec le bistouri à l'excision du néoplasme ulcéré en commençant l'incision par la section du voile à droite de la luette en tissu sain; de là, l'incision se porte en haut vers la ligne médiane, puis se recourbe vers la gauche encadrant la tumeur dans sa concavité; la section passe alors au ras de l'insertion palatine du voile qu'elle désinsère complètement dans sa moitié gauche. Le lambeau détaché est attiré avec la pince à griffe, et la dissection du néoplasme continue de proche en proche avec les ciseaux à travers la gouttière musculo-

aponévrotique du pharynx. Les fibres du ptérygoïdien sont mises à nu et partiellement excisées en raison d'un début d'infiltration du muscle. Enfin, j'excise l'ulcère néoplasique du sillon amygdaloglosse, grâce à une traction favorable exercée sur la pointe de la langue. Il ne reste plus qu'à pratiquer l'exérèse de cette portion de la tumeur qui a envahi la paroi postérieure du pharynx, et qui n'a pu être excisée en même temps que la masse principale ; ici le clivage est des plus aisés et l'infiltration néoplasique ne semble pas avoir dépassé la couche des constricteurs.

Grâce à un bon éclairage frontal et à une large béance de l'orifice buccal, l'extirpation de la vaste tumeur a été réalisée assez rapidement et sans trop d'hémorragie ; seuls les plexus ptérygoïdiens ont donné d'une manière gênante, et obligé à l'application d'une agrafe de Michel sur une plaie veineuse latérale réfractaire à la ligature.

La dissection du néoplasme a été tout entière exécutée avec instruments tranchants, ce qui a permis d'en mieux suivre les contours. Le thermo-cautère n'a été employé que pour modifier les couches superficielles du ptérygoïdien interne suspect d'infiltration néoplasique.

La perte de substance étendue et anfractueuse a pu être en grande partie comblée par des sutures au catgut, fermant d'une part la plaie de la langue, rapprochant d'autre part les bords muqueux du voile sectionné. Une mèche iodoformée tamponne la région moyenne demeurée béante.

Les suites opératoires ont été des plus simples, la température n'a pas dépassé 38° qu'elle a atteint le deuxième jour ; réaction pulmonaire nulle ; aucune hémorragie secondaire.

Le malade est alimenté à la sonde le troisième jour ; dès le cinquième, il déglutit spontanément.

Le malade quitte la maison de santé le 29 mars, soit treize jours après l'opération. La déglutition est alors facile, mais s'accompagne d'un léger degré de régurgitation nasale ; la langue est déjà cicatrisée, ainsi que le voile ; la plaie pharyngienne est couverte partout de granulations de bon aspect, un peu exubérantes toutefois vers la paroi postérieure.

Le 10 avril, la cicatrisation était très avancée ; il persistait une région encore granuleuse au niveau de l'amygdale et de l'attache gauche du voile ; aucun point suspect de récurrence. L'état général est très amélioré, et le malade ne souffre plus.

Le 4 mai tout est cicatrisé, sauf un bourgeon saignant correspondant à l'agrafe laissée en place, mais qui a disparu. Ce bour-

geon est cautérisé à l'acide chromique. Quelques douleurs otalgiques.

Le 16 juin, le malade se plaint de céphalées occipitotemporales et de constipation opiniâtre. La gorge est toujours très nette, le bourgeon cautérisé n'a pas reparu, mais sa base saigne toujours au contact; on la touche au galvano.

Le 21 juillet, les phénomènes d'ankylose cicatricielle qui commençaient à se faire sentir il y a un mois, se sont notablement accentués. Le malade se plaint de névralgies préauriculaires spontanées ou provoquées par la pression; à l'intérieur de la bouche, plus de végétations suspectes, plus de saignements. Gingivite tartinique très accentuée des molaires supérieures gauches avec œdème de la joue au voisinage. Toujours pas de ganglions.

A partir de cette époque, l'état général, au dire du médecin habituel du malade, a commencé à décliner; l'alimentation est devenue pénible en raison d'otalgie violente, prédominant du côté opposé à la tumeur enlevée. Le recours à la morphine a dû intervenir de plus en plus fréquemment, et le malade a succombé le 17 août, exactement cinq mois après son opération.

*Obs. X. — Volumineux sarcome de l'amygdale, opéré par les voies naturelles. (Communiquée par M. le professeur JACQUES.)*

Quand M. S..., représentant de commerce, âgé de quarante-huit ans, vint se présenter à moi pour une grosseur spontanément développée dans sa gorge depuis quelques mois, sa voix inintelligible, son cornage respiratoire, son teint cyanosé me donnèrent d'abord l'impression qu'il devait s'agir d'une tumeur arrivée à un point de son évolution défiant toute tentative chirurgicale.

Ce n'était guère pourtant, à l'entendre, que depuis deux mois qu'il éprouvait de sa maladie quelque incommodité. Encore avait-il fallu qu'à cette époque son médecin, frappé du caractère nasonné de la voix, insistât pour s'assurer de sa cause. Persuadé qu'il s'agissait d'une simple angine analogue à celle qu'il avait eue l'an passé, M. S... consentit à ouvrir la bouche. On crut avoir affaire à un plegmon, mais l'incision, aussitôt pratiquée, ne donna que du sang: aucune évacuation de pus ne survint dans la suite et l'affection continua son cours en dépit de médications locales et générales successives et variées, à base de salicylate de soude, de bleu de méthylène, de sels hydrargyriques en piqûres et de préparations iodées; jusqu'à ce que l'idée vint enfin qu'il pouvait être question d'un néoplasme malin.

A l'inspection de la cavité buccale, l'isthme du gosier apparaît entièrement obstrué par une masse charnue volumineuse infiltrant tout le voile, un peu plus saillante à gauche et s'enfonçant de ce côté assez bas dans l'entonnoir hypopharyngien pour qu'il soit impossible, autrement qu'au toucher, d'apprécier ses limites inférieures. Les dimensions sont celles d'un gros œuf de poule; la forme régulièrement globuleuse en avant, un peu bombée inférieurement. La muqueuse qui revêt la face antérieure est saine, mais amincie et vascularisée. Au voisinage du pôle inférieur se montrent deux ulcérations à peu près circulaires, à fond uni, grisâtre; simples méplats érosifs, au niveau desquels le tégument, surdistendu et traumatisé par le passage du bol alimentaire, présente des lacunes du diamètre d'une pièce de 50 centimes. La luvette n'est reconnaissable nulle part.

Une pression légère du stylet boutonné suffit à perforer la muqueuse et l'instrument pénètre sans effort au sein d'un tissu homogène, molasse et saignant. Avec peine, en raison de l'étroitesse des parties, l'index contourne la tumeur en bas et en arrière; il reconnaît son attache au niveau de la paroi latérale du pharynx sur une surface d'un diamètre égal à celui d'une pièce de 5 francs, dont le centre correspond à la situation de la fosse amygdalienne et dont la limite inférieure se prolonge vers la tonsille linguale et le repli pharyngo-épiglottique.

Bien qu'étroitement pressée contre la face interne de la branche montante de la mandibule, la tumeur ne fait pas corps avec celle-ci, mais adhère fermement à l'aponévrose pharyngienne et à l'espace maxillo-pharyngien.

L'inspection extérieure révèle un certain abaissement de la région sus-hyoïdienne, mais la palpation montre les parties latérales du cou indemnes de ganglions tuméfiés.

Peu de sensibilité spontanée, même du côté de l'oreille gauche. La déglutition elle-même est plus gênée que douloureuse. La parole est absolument confuse, bredouillée, à caractère amygdalien extrême. La respiration bruyante, courte, s'accompagne d'un corage inspiratoire constant; le sommeil est encore possible dans le décubitus latéral.

Quoique ayant perdu depuis quelques semaines une partie de son poids, le malade conserve un certain degré d'obésité et présente l'habitus lymphatique floride. Rien de notable à l'auscultation des sommets. Urines exemptes d'albumine et de sucre. Apyrexie; pouls lent.

Diagnostic : sarcome de l'amygdale étendu au voile du palais.

Traitement proposé et accepté : excision de la tumeur par les voies naturelles,

*Opération.* Dès le début de la narcose chloroformique, la respiration s'embarrasse et la cyanose devient telle, malgré le soulèvement digital de la masse néoplasique, que je dois faire asseoir et réveiller le malade. Sous l'anesthésie locale, j'insinue alors dans l'espace crico-thyroïdien une petite canule, et la narcose reprise est continuée désormais sans incidents.

La tête étant placée légèrement en position déclive, le maxillaire inférieur abaissé au maximum et la langue déprimée au niveau de sa base, je libère le pôle saillant du néoplasme en sectionnant sur le doigt avec des ciseaux mousses courbés sur le plat, le voile suivant son attache à la voûte osseuse, de droite à gauche. Puis j'incise au bistouri la muqueuse staphyline antérieure aux confins de la tumeur, en circonscrivant celle-ci du côté de la branche montante de l'espace rétro-molaire, où la section affleure la dent de sagesse inférieure, de l'amygdale linguale et enfin du repli pharyngo-épiglottique exposé par la traction de la langue. Introduit dans l'incision, l'index dissocie aisément la masse néoplasique relativement encapsulée, sauf au niveau du pédicule amygdalien, où la dissection exige l'usage des ciseaux et donne lieu à une hémorragie veineuse assez forte, bientôt tarie par forcipressure et ligature au catgut.

La tumeur enlevée, j'explore avec soin les parois de l'excavation cruentée afin d'y rechercher les débris néoplasiques qui auraient pu échapper à l'exérèse. Une partie de la tonsille linguale gauche est extirpée, le bord postérieur de la plaie régularisé. Puis une suture au catgut à points séparés rapproche dans toute l'étendue de la plaie les lèvres opposées de la cavité opératoire, sans drainage. Enfin, la canule laryngienne est retirée et la petite boutonnière cervicale fermée par un point de fort catgut.

La masse principale de la tumeur, de forme régulièrement ovoïde, mesurait 62 millimètres dans son grand axe sur 47 dans le petit. A la coupe, elle apparaissait formée d'une masse encéphaloïde homogène, suppurante, d'un blanc légèrement rosé. Au microscope, c'est un sarcome à petites cellules.

Les suites ont été des plus simples : la température n'a dépassé 37° que de quelques dixièmes, et cela le lendemain seulement de l'opération. L'alimentation buccale a pu être reprise dès qu'a été dissipé le malaise chloroformique. Il n'y a eu ni hémorragie ni réaction pulmonaire, accidents si redoutés après la pharyngectomie. L'excision par les voies naturelles, en dépit du volume du néoplasme, a pu être méthodiquement exécutée à l'instrument tranchant, sans

ligatures préalables et sans perte de sang notable, aussi complètement que le permet un minutieux examen du champ opératoire à l'œil nu. Je ne pense pas qu'une section de la joue ou une résection préalable de la mandibule auraient fourni plus de récidive : les suites opératoires eussent sans doute été moins simples et moins favorables.

Obs. XI. — *Épithélioma du voile et du pilier antérieur droit. Ablation par voie buccale.* (GAULT.)

M. P..., soixante-treize ans (de Dijon), vient à notre consultation le 7 janvier 1910 pour une ulcération végétante présentant les caractères de l'épithélioma et occupant le bord libre et la partie postérieure du voile à droite, ainsi que le pilier antérieur droit, affection remontant à environ huit mois. Pas d'engorgement ganglionnaire apparent.

*Opération le 18 janvier 1910.*

Sous chloroforme. Section du voile sur la ligne médiane d'arrière en avant, avec des ciseaux courbes de thyrotomie, au bistouri de toute la moitié droite du voile et du pilier du même côté. Le pilier postérieur attiré en avant et en dedans est suturé à la partie restante du voile, ce qui réduit la perte de substance. L'hémorragie fut abondante. Suites simples. La voix reste légèrement nasonnée avec un peu de dessèchement de la muqueuse du pharynx buccal. Depuis deux ans, pas de récidive.

Obs. XII. — *Tumeur de la paroi latérale droite du pharynx buccal intéressant les piliers, le voile, l'amygdale, la base de la langue. Ablation par les voies naturelles.* (Inédite, communiquée par M. le Dr GAULT, de Dijon.)

M<sup>me</sup> P... (de Dijon), cinquante ans, se présente à notre examen le 7 janvier 1912, accusant de la dysphagie depuis environ 6 mois, avec otalgie surtout la nuit. Elle présente une infiltration, sans ulcération, de toute la paroi latérale droite du pharynx buccal, d'aspect gris rosé, intéressant l'amygdale, les deux piliers, la moitié droite du voile, le sillon glosso-amygdalien droit, et se prolongeant en arrière du pilier postérieur du pharynx sur la paroi postérieure. Au toucher, on perçoit une masse dure de la grosseur d'une noix revêtue de sa coque, et se prolongeant en dehors. La tumeur semble mobile sur les plans sous-jacents, tout au moins dans la partie supérieure. Mais elle paraît adhérer à la partie inférieure, vers le sillon glosso-amygdalien. Pas de ganglions



apparents. Suintement sanguin au moindre attouchement. Vu l'absence de ganglions apparents et la mobilité relative de la tumeur, nous proposons l'ablation par voie buccale, qui est acceptée par la malade.

L'opération a eu lieu le 6 mars à la clinique de Saint-Marthe, avec l'assistance de notre confrère le Dr Lucien et de M. Guillemain, notre externe. Après ligature de la carotide externe entre les artères thyroïdienne et linguale, sans que nous rencontrions de ganglions, la tête est mise en position de Rose, un bâillon de Withead ouvrant la bouche au maximum. Tandis qu'un aide récline la langue d'une part, la joue d'autre part avec des écarteurs appropriés, nous fendons le voile sur la ligne médiane jusqu'à la voûte, avec des ciseaux à thyrotomie, passant à un bon centimètre en dehors du néoplasme. Au bistouri, incision verticale en dehors du pilier antérieur sur le bord antérieur du ptérygoïdien interne. Réunion transversale des extrémités supérieures des deux incisions précédentes; puis au doigt, nous décollons la tumeur en dehors, en avant, en arrière, où nous devons poursuivre le décollement jusqu'au milieu de la paroi postérieure du pharynx. Ce temps s'accompagne d'un suintement sanguin assez abondant, provenant des veines des plexus pharyngien et ptérygoïdien. Néanmoins, la compression en a assez facilement raison, aidée de tamponnement avec des compresses imbibées d'eau oxygénée. En bas, la tumeur empiète et adhère à la racine de la langue, qu'elle infiltre sur le côté, jusque vers l'os hyoïde. On pratique aux ciseaux l'ablation de près de la moitié latérale droite de la partie postérieure de la langue. La tumeur enlevée, le pharynx se présente avec l'aspect suivant :

Abrasion de la paroi latérale droite du pharynx buccal, de la moitié droite du voile, de la moitié droite de la paroi postérieure pharyngée, de près de la moitié droite de la langue dans son tiers postérieur, jusqu'à l'os hyoïde. Cette vaste surface cruentée donne un saignement de moyenne abondance, dont le tamponnement a facilement raison. En dehors, cette plaie reste limitée par les muscles stylo-pharyngiens et stylo-glosse, facilement reconnaissables. En avant, dans le sillon glosso-gingival, se voit le gros cordon blanc du nerf lingual.

Avec la muqueuse restante, on rétrécit la plaie ainsi faite. Il ne reste guère ensuite comme surface cruentée qu'une plaie un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs. Le temps des sutures, faites tant au catgut qu'au fil d'argent, fut le plus laborieux. On aurait intérêt, je crois, à utiliser dans ces cas, quand l'ablation est très étendue, des agrafes de Michel. Après l'opération, comme nous

restons assez loin de la clinique, mise en place d'un compresseur de Bosviel. Malade couchée tête basse, les pieds du lit relevés d'environ trente-cinq centimètres, de façon que sang et mucosités s'accumulent dans le pharynx, plutôt que d'être aspirés par la trachée. Le soir, température, 37° 5; le lendemain, température normale. On enlève le compresseur. Mise en place d'une sonde œsophagienne à demeure, par laquelle la malade est alimentée.

Obs. XIII. — *Lymphosarcome de l'amygdale droite chez un homme de trente-trois ans. Ablation par voie buccale.* (Communiquée par M. le Dr GAULT, de Dijon.)

M. Victor V..., trente-trois ans, instituteur à H... (Haute-Marne), nous est adressé par notre excellent confrère le Dr Perfetti, de H..., le 8 septembre 1910, pour une tuméfaction localisée à la région amygdalienne droite, s'étant développée progressivement depuis plusieurs mois, sans douleurs et ayant alors le volume d'une très grosse noix revêtue de sa coque. L'amygdale gauche est à peine visible.

À l'examen, on observe une tumeur blanchâtre occupant toute la loge, de consistance ferme au doigt qui l'explore. Cette tumeur paraît adhérer surtout en arrière. Pas de ganglions apparents. Nous faisons le diagnostic de sarcome de l'amygdale au début. Un fragment enlevé à la pince montre qu'il s'agit d'un lymphosarcome, examen confirmé par notre maître et ami le professeur Jacques (de Nancy).

*Opération* le 13 septembre 1910 avec l'assistance de MM. les Dr Perfetti et Deroye. Chloroforme, malade en position de Rose, bouche largement ouverte par un baïllon de Withead. Incision verticale sur le pilier antérieur. Amorçage du décollement à la sonde cannelée, continué ensuite aux doigts et aux ciseaux courbes. Décollement facile en avant, très difficile en arrière.

L'hémorragie fut assez considérable (la carotide externe n'avait pas été liée) et combattue par la compression avec des tampons montés sur pinces. Elle s'arrêta après l'opération. Cette énucléation fut assez laborieuse. Durée totale de l'intervention, environ trois quarts d'heure.

Suites extrêmement simples. Pas d'hémorragies secondaires. Six jours après, le malade sortait de la clinique et après trois semaines reprenait son service d'instituteur. Quatre mois plus tard, récurrence, sous forme d'un noyau de la grosseur d'une cerise siégeant en arrière au point des adhérences maxima. Il est énucléé

sous cocaïne, le malade étant en position assise. Depuis cette époque, après dix-huit mois, pas trace de récurrence. Le malade a été revu pour la dernière fois il y a trois semaines. Actuellement, il persiste seulement une déformation cicatricielle avec immobilisation partielle du voile à droite, mais pas de gêne fonctionnelle.

OBS. XIV. — *Epithélioma de la base de la langue, de l'amygdale et du voile du palais. Opération par les voies naturelles. Evidement de la loge sous-maxillaire. Ligature de la linguale.* (Communiquée par M. le Dr HENRI ABOLKER, d'Alger.)

Ange P..., soixante-cinq ans, Kerrata, département de Constantine. Entre à l'hôpital, salle Larrey, service de M. le Dr Sabadini, le 9 décembre 1909, n° 47.

Il a un épithélioma qui englobe le pilier antérieur droit et la partie adjacente de la langue, s'étend en avant de la moitié droite de la partie horizontale de la langue. En arrière, il intéresse la base de la langue jusqu'à l'épiglotte et en hauteur et en largeur les deux tiers de la base.

Ligature de la linguale à droite, évidemment de la loge sous-maxillaire. Section de la tumeur le long d'une pince placée au milieu de la langue, section transversale en avant de la partie antérieure de la tumeur.

La langue, séparée du pilier, est attirée assez facilement, et l'exérèse de la base est faite sous le contrôle de l'éclairage après simple écartement de la joue sans opération préliminaire.

Par précaution, on fait une suture jusqu'à la base de la tranche. L'extrémité antérieure de la plaie, qui a dû être trop serrée par la pince hémostatique, se mortifie et met une douzaine de jours à s'éliminer.

Guérisson complète vérifiée à l'examen laryngoscopique au bout de quinze jours. Treize mois plus tard, le 9 janvier 1911, le malade est revu avec une récurrence ganglionnaire carotidienne. La guérison locale est complète, sans la moindre trace de récurrence.

OBS. XV. — *Sarcome de l'amygdale extirpé par la bouche.* (Dr RHODES EDWIN, Assoc. amér. de laryngol., Montréal, mai 1908.)

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, dont les symptômes commencèrent six mois auparavant par des douleurs dans l'angle de la mâchoire. Il a maigri, conservé l'appétit, mais éprouvait de la peine à la déglutition. Tout récemment, il eut un accès de dyspnée ainsi qu'une légère hémorragie par la bouche. A l'examen, on

trouva une tumeur qui occupait dans le sens transversal les deux tiers de l'isthme du gosier. Elle était rosée, lobulée et parcourue à sa surface par quelques vaisseaux; pas d'adénopathie.

Après ligature de la carotide externe, le néoplasme a été enlevé sous anesthésie locale. L'opération a été difficile, car afin de pouvoir respirer, le malade tenait la tête fléchie et le menton abaissé. Toute la masse a été énucléée petit à petit, mais par suite des efforts constants du malade pour vomir, elle n'a pu être extirpée que par fragments et en plusieurs fois. La guérison eut lieu sans incidents. L'examen microscopique a révélé un sarcome à petites cellules rondes, du type alvéolaire. Un mois après l'opération, le malade présentait une petite masse sur la paroi latérale du pharynx, derrière le pilier postérieur. Une seconde opération ne paraissant pas nécessaire immédiatement, on lui conseilla la radiothérapie. Ultérieurement, le malade donna de bonnes nouvelles de sa santé.

OBS. XVI. — *Sarcome de l'amygdale. Extirpation par la bouche.* (WALKER DOWNIE, Soc. de laryngol. de Londres, 1900).

Femme de trente-huit ans, très cachectisée. L'amygdale droite est très hypertrophiée, d'une consistance ferme, non fluctuante. Elle se plaint surtout de violentes douleurs propagées à l'oreille. Pas d'adénopathie. La tumeur est énucléée sous l'anesthésie chloroformique. Il se déclare une hémorragie peu abondante, arrêtée facilement par compression. La tumeur fut examinée au microscope : on y remarqua des cellules rondes et fusiformes associées à de grosses cellules irrégulières.

Au bout de neuf mois, la malade fut revue, elle avait engraisé; il n'y avait pas de récurrence.

OBS. XVII. — *Sarcome de l'amygdale droite extirpé par voie buccale.* (WALKER DOWNIE, Soc. de Laryngol. de Londres, 2 mai 1902.)

Une femme de cinquante-huit ans vient consulter l'auteur pour tuméfaction de l'amygdale droite. L'état général est bon, la malade éprouve des douleurs lancinantes, avec irradiations vers les oreilles. L'amygdale, peu adhérente au pilier, est dure, non douloureuse au palper; les lymphatiques voisins sont indemnes. Sous chloroforme, la tumeur est énucléée avec l'ongle et les ciseaux. Pas d'hémorragie.

La malade est revue deux ans après; sa santé est très bonne, quoiqu'il persiste quelques douleurs et battements dans l'oreille droite; pas de récurrence.

Obs. XVIII. — *Volumineux sarcome de l'amygdale gauche, opéré par voie buccale et guéri.* (COMPARED, *Rev. hebd. de laryng.*, 1903.)

Homme de vingt-neuf ans, qui présente depuis un an une tuméfaction très volumineuse de l'amygdale refoulant en haut la luette et le voile du palais, reposant sur l'épiglotte et s'arrêtant en arrière à la paroi postérieure du pharynx. Le malade se plaint surtout de troubles de la respiration et de la déglutition. Le traitement mercuriel prescrit ne donne aucun résultat.

L'examen microscopique d'un fragment de la tumeur montre qu'il s'agit d'un sarcome fibroplastique. Pas d'adénopathie.

Sous cocaïne, on extirpe le néoplasme à l'aide de l'anse galvanique, des pinces de Ruault et de pinces coupantes. L'hémorragie est arrêtée par la galvano-cautérisation. La guérison fut complète au bout de onze jours. Sept mois après, l'état du sujet était parfait.

OBSERVATION XIX. (SCHMIEGELOW, *Soc. danoise de laryngol.* 1905.)

Un homme de vingt-cinq ans présentait à l'examen une amygdale grosse comme un œuf de poule; elle était adhérente aux piliers. Il s'agissait d'un sarcome.

Une première tentative d'extraction, pratiquée dans une autre clinique, fut interrompue pour cause d'hémorragie.

Schmiegelow extirpa la tumeur à l'anse galvanique sans aucun accident.

Le malade, revu deux ans après, ne présentait pas de récurrence.

OBSERVATION XX. — *Carcinome de l'amygdale opéré par voie buccale.* (CITELLI, *Archiv. f. laryngol.*, t. XVII, n° 1, 1906.)

Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans qui, il y a quatre ans, refusa l'intervention.

Un an après, il revint dans un état lamentable; la déglutition et la respiration étaient très gênées; il souffrait de douleurs très vives; l'haleine était fétide, la voix pâteuse.

L'examen du pharynx montra une tumeur de l'amygdale, ulcérée profondément, adhérent à la base de la langue.

L'auteur, *sans espoir aucun*, mais pour soulager le malade, enlève une grande partie du néoplasme à l'anse galvanique, et le reste, douze jours après, avec des pinces.

Il n'y avait pas de récurrence à la fin de la deuxième année.

OBSERVATION XXI. — *Sarcome de l'amygdale.* (RHODES, de Chicago, 1909.)

Un homme de trente-cinq ans souffrait depuis quelques mois de dysphagie et se plaignait de gêne respiratoire; il avait une tumeur arrondie de l'amygdale.

Rhodes fait la ligature de la carotide externe. puis, après application d'une solution de cocaïne-adréline, pratique l'ablation de la tumeur au bistouri. La guérison opératoire se fait rapidement.

Trente-quatre jours après, apparaît une nouvelle tumeur derrière le pilier postérieur, qui gagne en haut le voile, en bas le vestibule du larynx.

Diagnostic microscopique : sarcome à cellules rondes, du type alvéolaire : donc, tumeur de nature exceptionnellement maligne.

OBSERVATION XXII. — *Sarcome de l'amygdale droite.* (SECCOMB HETT, Soc. roy. de méd. de Londres, 1909.)

Un homme de quarante-six ans se présente à la consultation de Throat Hospital le 6 mars 1909, porteur d'une énorme tuméfaction de l'amygdale droite; il raconte une vague histoire d'amygdalite, pour laquelle il aurait été soigné cinq semaines auparavant. Pas d'adénopathie cervicale.

On pratique l'énucleation des deux amygdales; la tumeur était un sarcome; pas de récurrence.

OBSERVATION XXIII. — (Communiquée par M. le Dr BERBINEAU, de Bordeaux.)

L'auteur enlève à l'anse galvanique une tumeur du voile. Quinze jours après, le malade, âgé de soixante-quinze ans, reprenait sa pipe.

Revu au bout de trois ans, il n'avait pas de récurrence.

OBSERVATION XXIV. — (DEPAE, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1898.)

Depage cite le cas d'un homme âgé de trente ans, qui présentait un néoplasme de la langue, du voile, de l'amygdale et de la paroi postérieure du pharynx, qu'il opéra, à contre-cœur, sur les supplications du patient.

Il fit une ligature de la carotide externe, la trachéotomie préventive et extirpa un paquet de ganglions. La masse néoplasique fut excisée par voie buccale.

Trois mois après, la plaie était entièrement cicatrisée.

OBSERVATIONS XXV ET XXVI. — (NEWMANN, Soc. de laryngol. de Londres, 1896.)

1° Un homme de cinquante-cinq ans présentait une tumeur de l'amygdale gauche, du pilier postérieur et de la luette. Il s'agissait d'un épithélioma, ainsi que le montre l'examen histologique.

Le néoplasme fut excisé largement par la bouche au galvanocautère.

Le malade, revu six ans après, était en bonne santé.

2° Une femme de cinquante et un ans, porteur de la même affection (épithélioma de l'amygdale, du pilier et de la luette), fut opérée par voie buccale également au galvano et sous anesthésie cocainique.

Au bout de trois semaines, tout était cicatrisé, et au bout de cinq ans, la tumeur n'avait pas récidivé.

OBSERVATION XXVII. — *Épithélioma du pharynx et de la langue.* (DAVID-COLLEY, *The Lancet*, 1897.)

L'auteur cite le cas d'un homme de cinquante-six ans, atteint d'un épithélioma du pharynx, qui fut admis à Gug's hospital au mois de mars 1897. On constate de larges ulcérations néoplasiques sur le bord droit de la langue; la tumeur se propage en bas vers l'épiglotte, en haut sur l'amygdale droite et sur le côté droit de la voûte palatine. Pas de ganglions.

La partie malade de la langue, l'amygdale et le voile sont enlevés au bistouri. La muqueuse incisée est rapprochée par des sutures au catgut.

Le rétablissement se fait vite, et un mois après l'opération, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXVIII. — *Cancer primitif de l'amygdale. Ablation au thermocautère par la voie buccale.* (DURET, *Leçons de clinique chirurgicale*, Lille, 1894.)

Joséphine W..., soixante ans, entre à l'hôpital le 10 juin 1891. Ses antécédents présentent ce fait remarquable, que son père est mort à soixante-sept ans d'un cancer de l'estomac.

Il y a trois mois, elle s'est aperçue qu'elle « avait quelque chose dans la gorge ». Elle éprouvait une sensation de corps étranger et une sécheresse très prononcée, qui l'obligeaient à faire des mouvements fréquents de déglutition. Il y a deux mois, elle constata la présence d'une petite glande dure, roulant sous le doigt, au niveau de l'angle du maxillaire à droite; elle ressentait de plus quelques élancements douloureux intermittents du côté de l'oreille.

Le traitement mercuriel n'ayant donné aucun résultat, le dia-

gnostic probable de tumeur fut posé. C'est alors que la malade entra à l'hôpital.

L'état général paraît excellent; la bouche, largement ouverte, on voit la loge amygdalienne droite occupée par une ulcération grisâtre, à fond très irrégulier, légèrement végétante. Les bords de l'ulcération sont surélevés et durs; elle repose sur une base résistante, les tissus voisins ont perdu leur souplesse. L'infiltration néoplasique s'étend dans les limites suivantes: en avant et en arrière, elle ne dépasse pas les piliers; en haut, elle empiète sur le voile du palais sur une étendue d'un demi-centimètre environ et sur une largeur de 2 centimètres; en bas, elle arrive jusqu'à la langue, sans l'intéresser cependant.

Pas d'empatement de la région latérale du cou; légère adénopathie angulo-maxillaire. On note quelques élancements douloureux dans l'oreille, une légère dysphagie.

Sous chloroforme, une première incision concave en bas dépasse les limites supérieures de la tumeur, empiétant d'environ un centimètre et demi sur le voile du palais; une seconde incision circonscrit la masse vers le bas et se poursuit jusqu'au contact de l'épiglotte. La tumeur étant saisie avec une pince de Museux, on sectionne le pharynx à l'union de la paroi postérieure. A l'aide de l'index, l'auteur la décolle ensuite par sa face profonde, et supprime les dernières adhérences à l'aide du thermocautère; la perte de sang est insignifiante. L'opération est complétée par l'ablation d'un ganglion dégénéré.

Les suites de l'opération furent des plus simples.

Le malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines. La région opérée est couverte de bourgeons charnus de bonne nature, et tout fait espérer que l'ablation a été complète.

La malade rentre le 20 janvier 1892, pour une tumeur volumineuse de la région sterno-mastoïdienne du côté droit, arrondie, très dure et adhérente aux parties profondes; à son niveau, la peau est violacée et tendue. Cette tumeur est isolée; il n'en existe pas d'autre dans les régions voisines.

Dans la bouche, au niveau du foyer primitif, la guérison est parfaite, nulle trace de récidive.

La nouvelle tumeur est excisée sans incident, et les bords de la plaie réunis par sutures.

La malade aujourd'hui peut être considérée comme guérie de son opération.

OBSERVATION XXIX. — *Cancer fissuraire de l'amygdale droite. Ab-*



*tion de la tumeur par la cavité buccale, sans opération préliminaire.*  
(DURET, *loc. cit.*)

M. H.... soixante-trois ans, entre à l'hôpital, au service de M. le professeur Duret, le 8 janvier 1892, pour se faire opérer d'un cancer de l'amygdale.

La tumeur aurait débuté à la fin de décembre, par une angine qui a été l'occasion du diagnostic de la tumeur pour le médecin traitant; pas de phénomènes douloureux dans la gorge, ni dans l'oreille; la déglutition est normale.

L'examen révèle une tumeur fissuraire, qui remplit complètement la fosse amygdalienne droite; la surface en est bourgeonnante, les bords déchiquetés. Le pilier antérieur est complètement envahi; elle empiète d'un centimètre environ sur la partie latérale de la langue et s'étend jusqu'au repli glosso-épiglottique. Pas d'adénopathie; l'état général est aussi bon que possible.

Sous chloroforme, la tumeur est circonscrite par une incision au bistouri, intéressant le voile du palais à la partie supérieure des piliers, en haut; en bas, un segment de 2 centimètres environ, sur le bord de la langue; en arrière, la paroi postérieure du pharynx. Le pédicule de la tumeur ainsi délimitée est sectionné au thermo.

Pas de complications opératoires immédiates. Le lendemain le malade se plaint d'une vive douleur à la langue, qui est très tuméfiée, au point de remplir presque complètement la cavité buccale. L'alimentation est presque impossible.

Les jours suivants, la tuméfaction de la langue à diminué, mais la plaie est recouverte d'un enduit grisâtre, visqueux, exhalant une odeur particulièrement infecte. La température reste à 38° pendant trois jours et monte à 40° le quatrième. En même temps, l'auscultation révèle des râles sous-crépitaux dans toute la hauteur des deux poumons et une zone de matité accompagnée de souffle à la base droite. Le malade meurt le cinquième jour d'hémorragie.

L'autopsie n'ayant pu être pratiquée, il a été impossible de savoir quel fut le vaisseau lésé qui l'avait produite.

OBSERVATIONS XXX ET XXXI. — Professeur FRAENKEL, *Zur Technik der Operation des Mandelkrebses* (1).

1° Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans; depuis quelques mois s'établit l'affection actuelle, consistant en douleurs vives vers la base de la langue, légèrement augmentées par la déglutition.

(1) FRAENKEL, *Wienerklinische Wochens.*

On constate sur le pilier antérieur droit près de la dernière molaire, à la réunion des muqueuses linguale et jugale, une ulcération infiltrée de la grosseur d'une pièce de 2 francs irrégulièrement limitée, recouverte d'un enduit blanc jaunâtre, et s'étendant légèrement sur le bord de la langue. Adénopathie sous-maxillaire. Le prélèvement d'un fragment de la tumeur confirme le diagnostic d'épithélioma.

L'opération consista à extirper tout d'abord les ganglions sous-maxillaires, puis par une incision circulaire à énucléer le néoplasme qui s'enlève avec une extrême facilité ; une hémorragie assez notable fut arrêtée par trois points de suture, qui permirent ainsi la réunion complète des bords de la plaie.

Douze jours après, le patient quitte la clinique, et il est guéri jusqu'à ce jour.

Ce qui frappa l'auteur dans cette observation fut la facilité étonnante d'éradication de la tumeur, l'hémostase rapide et l'utilité de la réunion des bords de la plaie, enfin les résultats éloignés excellents (cinq ans).

2° Le second malade, âgé de soixante et un ans, présente depuis quatre ans un empatement progressif de l'angle du maxillaire droit. A ce moment déjà, il avait remarqué qu'il existait vers le bord droit de sa langue un gonflement très dur au toucher et pour lequel le médecin avait conseillé une opération.

Actuellement, le malade présente une constitution robuste. L'examen de la gorge révèle, au niveau de l'amygdale droite, une tumeur piriforme. La base du gonflement du fond de la gorge a la largeur d'une pièce de 20 francs, alors que la partie proéminente dans le pharynx et présentant une surface mamelonnée, occupe la largeur d'une paume de main d'enfant. La partie inférieure se continue vers la base de la langue ; la tumeur est dure au contact et non douloureuse à la pression. Pas d'adénopathie maxillaire.

Sous narcose obtenue avec le mélange de Billroth, de nombreux petits ganglions sont extirpés vers l'angle de la mâchoire, et la carotide externe est liée entre la thyroïdienne supérieure et la linguale. Puis la plaie est suturée.

La tumeur est alors circonscrite et énucléée. L'hémorragie est insignifiante. Les bords de la plaie buccale sont réunis par plusieurs points de suture : seule la partie la plus antérieure est comblée par une mèche de gaze. Les suites opératoires furent excellentes et le malade congédié onze jours après.

L'auteur n'a pas rencontré plus de difficulté qu'au cours d'une amygdalotomie ; il ajoute que cette opération peut même être

faite sous cocaïne, mais cependant qu'il est préférable d'épargner au malade le spectacle impressionnant, par l'anesthésie générale.

#### IV. — Parallèle entre les différents modes d'intervention sur les tumeurs de l'isthme du gosier.

Des faits exposés au chapitre précédent, il ressort que nous avons en vue les tumeurs malignes ou autres, développées au niveau du carrefour bucco-pharyngé, et leur traitement chirurgical par une exérèse large et méthodique, pratiquée par la bouche, de tous les tissus d'apparence néoplasique.

Cette exérèse n'est pas accompagnée, comme on pourrait le craindre, d'hémorragie sérieuse ; la ligature de la carotide externe est généralement inutile, ainsi que, dans la plupart des cas, la trachéotomie préalable.

Par ce procédé, on a pu enlever d'une manière aussi complète que possible, macroscopiquement du moins, des néoplasmes malins et volumineux de l'isthme du gosier ; cette extirpation n'a pas entraîné de difficultés opératoires particulières ; elle n'a pas été suivie de complications hémorragiques ni pulmonaires ; et le résultat pratique en a été ce qu'il était permis d'espérer : non pas toujours une guérison définitive sans doute, mais une survie appréciable, exempte habituellement des phénomènes douloureux qui signalent l'envahissement du mal, procurant ainsi au malade, tout à la fois un soulagement physique et un réconfort moral, et cela sans l'exposer à un danger sérieux.

Avant de préciser les détails de l'intervention que nous préconisons, d'en discuter les avantages et les inconvénients, et d'en poser les indications, nous croyons à propos de rappeler succinctement les différents procédés que la chirurgie a opposés et oppose encore à ces tumeurs nées le plus souvent de l'amygdale et propagées au voile du palais, à la paroi pharyngée, à la base de la langue.

Jaeger, en 1834, fut un des premiers chirurgiens qui tentèrent l'extirpation d'une tumeur amygdalienne, et dans ce but il pratiqua une incision horizontale de la commissure

jusqu'au bord de la branche montante. C'est par ce procédé que Péan, en 1884, opéra un épithélioma de l'amygdale.

Polaillon fit d'abord la ligature de la carotide externe, et par une incision qui, menée sur le bord antérieur du sternocléido-mastoïdien, venait rejoindre celle de Jaeger ; il réclinait en avant ce lambeau triangulaire et réséquait une grande partie de la branche horizontale, ainsi que la branche montante du maxillaire inférieur.

Il modifia ensuite ce premier procédé : par deux incisions parallèles aux bords supérieur et inférieur de la branche horizontale, réunies à leurs extrémités postérieures par une troisième incision verticale, il abordait la loge amygdalienne en réséquant l'angle du maxillaire.

Chever, de Boston, sectionnait le maxillaire en avant du masséter, en incisant la peau sur le bord inférieur de la mâchoire ; et par un doigt, introduit dans la bouche, refoulait la tonsille en dehors ; ou encore combinait cette incision avec une deuxième, parallèle au bord antérieur du sternomastoïdien, permettant ainsi l'accès du pharynx entre la glande sous-maxillaire en avant, les vaisseaux carotidiens et la glande parotide en haut.

Maunoury et Verneuil sectionnaient la peau d'abord verticalement, depuis la commissure labiale jusqu'au bord inférieur du maxillaire, puis horizontalement jusqu'à l'angle du maxillaire.

Blandin et Demarquay, par un procédé mixte, détruisaient par la bouche le néoplasme, à l'aide de l'écraseur ou d'un serre-nœud, pendant qu'un aide réclinait en arrière les vaisseaux carotidiens mis à nu par voie externe.

Afin d'éviter les mutilations déformantes consécutives à l'exérèse d'une partie de la mandibule, Langenbeck introduisit, dans le but d'opérer les tumeurs pharyngées, la résection temporaire du maxillaire inférieur, et tous les auteurs se rallièrent depuis à ses idées.

Krönlein, au Congrès de la Société allemande de chirurgie (1897), reprend la question, et Kocher (en 1907) préconise la section oblique du maxillaire en avant du masséter, et récline en haut la branche montante et en avant la branche horizontale.

Mickulicz et Küster résèquent la branche montante en totalité : les auteurs trouvent dans cette manière de faire l'avantage de faciliter la dénudation de la paroi latérale du pharynx et de pratiquer ainsi toute l'opération avant de pénétrer dans la cavité buccale. Cependant, Küster reconnaît que « le maxillaire se trouve déplacé, puisqu'on supprime « les deux muscles ptérygoïdiens ; ceux du côté sain pro-  
« jettent alors le maxillaire vers le côté opéré, leur puissance « n'étant plus équilibrée par celle des muscles masticateurs « symétriques (masséter, temporal, ptérygoïdiens) dont les « insertions inférieures ont été nécessairement sacrifiées. »

Vohsen, de Francfort, combinant ces différents procédés, propose la technique suivante, que l'on peut prendre pour type de pharyngectomie externe :

Incision partant de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'à la grande corne de l'os hyoïde ; ablation des ganglions ; le maxillaire inférieur est dénudé au niveau du bord antérieur du masséter et sectionné obliquement en bas et en avant. Le périoste interne de la branche montante est détaché et celle-ci est, à l'aide d'un crochet, fortement tirée en haut et en dehors. Ainsi est découvert un large espace, compris entre la branche montante et le bord antérieur du sterno, récliné en arrière en même temps que le digastrique, le stylo-hyoïdien et l'hypoglosse. Dans la profondeur apparaît la paroi pharyngée ; le doigt introduit dans la bouche refoule vers l'extérieur la tumeur, qui peut alors être énucléée.

Les parois du pharynx sont suturées, les deux bords osseux du maxillaire rapprochés au fil d'argent. L'alimentation est assurée par la sonde œsophagienne.

L'auteur admet que ce mode opératoire découvre d'une manière parfaite le pharynx, le cavum et l'entrée du larynx, et lui donne l'avantage de ne pratiquer qu'en dernier lieu la communication avec la cavité pharyngée ; il permet, de plus, l'ablation chemin faisant des ganglions suspects, tout en respectant les vaisseaux ou nerfs de la région.

Ayant ainsi exposé la technique opératoire aujourd'hui généralement adoptée, de la pharyngectomie externe, nous devons maintenant faire l'étude comparative de ce procédé

classique (voie externe) et de celui que nous préconisons (voie buccale), et dans ce but établir, avec impartialité, leurs difficultés, leurs dangers et inconvénients, et enfin leurs résultats basés sur les statistiques

#### A. DIFFICULTÉS.

I. *Voie externe.* — « La multiplicité des procédés opératoires, le grand nombre des incisions cutanées proposées, « l'opportunité de la résection définitive ou temporaire du « maxillaire inférieur, le lieu de cette résection, le problème « de l'anesthésie, l'indication de la ligature des vaisseaux, « le traitement ultérieur de la plaie, sont encore actuellement autant de sujets à controverse parmi les chirurgiens. Cette divergence d'opinions se pose en chirurgie, « chaque fois qu'une région est d'un accès difficile, qu'une « intervention est délicate et donne de maigres résultats « (Laurens) (1). »

II. *Voie buccale.* — Nous ne pouvons, croyons-nous, mieux faire que de rapporter ici l'opinion de M. le professeur Jacques sur cette question :

» Ce procédé, en supprimant le temps d'accès long et pénible dans l'opération externe, conserve à l'opérateur toute sa patience et à l'opéré toute sa résistance, pour le temps de l'éradication. Il est d'ailleurs à remarquer combien aisément, avec l'aide précieuse du réflecteur frontal électrique et quelque habitude des opérations buccales, on arrive à disséquer minutieusement une tumeur souvent fort étendue, sans rien abandonner à l'incertitude et au hasard (2) ».

L'anesthésie, qui semble à première vue devoir présenter quelque difficulté dans le cas de tumeurs volumineuses et asphyxiantes, sera facilitée au besoin par une canule trachéale retirée aussitôt l'opération terminée.

#### B. DANGERS ET INCONVÉNIENTS.

I. *Voie externe.* — a) Signalons tout d'abord des dangers qui se présentent au cours de l'intervention, et résultant de la

(1) *Chirurgie otorhino-laryngologique*, 1906, p. 722.

(2) *Presse médicale*, 22 mai 1906.

nature même de la région qui en est le siège : blessures des gros vaisseaux, au voisinage desquels chemine l'opérateur ; traumatisme des nerfs, pneumogastrique, pouvant provoquer une syncope souvent fatale, du facial, dont la section laisse une trop apparente signature, etc.

b) Après l'intervention :

1° *Fréquence de pansements*, nécessitée par le voisinage pharyngé de la plaie opératoire.

2° *Infection de la plaie externe* ; accident difficile à éviter, et provoquant une suppuration prolongée extrêmement fétide, dont le malade souvent ne peut supporter les frais.

3° *Ulcération des gros vaisseaux*, favorisée par leur séjour constant dans un milieu infecté, et se terminant par une hémorragie rapidement mortelle.

4° *Broncho-pneumonie*, complication redoutable dès les premiers jours, due soit, comme le veulent les auteurs classiques, à la pénétration du sang ou des aliments dans les voies aériennes, soit, — et nous nous rangeons à cet avis, — à une réaction pulmonaire, consécutive à un choc nerveux dans un territoire déterminé (pneumo-gastrique, hypoglosse).

5° *Phlegmon local, gangrène de la plaie ou embolies septiques*.

6° *Ostéite des deux surfaces de section du maxillaire*, avec toutes ses conséquences : élimination laborieuse de séquestres fétides ; cicatrisation vicieuse, entraînant des déformations définitives ; déplacement des fragments osseux, rendant pénible l'alimentation, chez un malade déjà débilité.

7° *Fistulation salivaire ou alimentaire fréquente*.

II. *Voie buccale*. — a) Au cours de l'opération :

Le danger principal qui semble inévitable est l'hémorragie, avec sa conséquence, l'asphyxie due à l'obstruction des voies aériennes.

Or, les diverses observations publiées présentent toutes un point commun, qui mérite d'être signalé : c'est le faible saignement constaté, souvent avec étonnement, par tous les auteurs, et la facilité avec laquelle une simple compression,

au besoin une ligature, en a eu raison ; quant à l'asphyxie, qui dans ces conditions n'est plus qu'une crainte illusoire, la trachéotomie temporaire, avec suture immédiate de la plaie cutanée, l'évitera à coup sûr.

b) Après l'opération :

1° Choc opératoire aussi réduit que possible.

2° Hémorragie secondaire précoce, dont la possibilité, mais non la fréquence, rend utile une surveillance attentive.

3° Soins de bouche, alimentation, comparables à ceux des pharyngectomisés, sans difficulté particulière.

### C. RÉSULTATS.

I. *Voie externe.* — L'examen des statistiques n'est pas très encourageant.

Nous voyons en effet Krönlein, qui traite tous ces cas de cancer par pharyngotomie latérale, rapporter deux séries de faits.

1° Sur 8 pharyngotomies, il y eut 6 morts des suites de l'opération, 1 de récidive.

2° Sur une série de 61 autres cas, 29 furent opérés. 11 morts des suites de l'opération ; 18 guérisons opératoires, savoir : 1 mort par maladie intercurrente ; 1 guérison datant de deux ans ; 1 guérison datant de sept ans et suivie de l'apparition d'un nouveau cancer de l'amygdale opposée ; 15 récidives rapides.

Vallas (1) donne la statistique suivante :

Sur 19 pharyngectomies, après résection du maxillaire, il constate 12 guérisons et 7 morts (5 de broncho-pneumonie, 1 de syncope le lendemain de l'opération, 1 de cause non indiquée). Il explique que la mortalité immédiate fut considérable dans cette série d'opérations, parce qu'il a eu affaire à des lésions étendues, nécessitant le sacrifice d'une partie du maxillaire inférieur.

1. VALLAS, Communication à la Société de chirurgie, décembre 1906.



Son élève Latarget (1) cite 10 observations où la voie trans-hyoidienne fut préférée à la résection du maxillaire : il obtint 9 guérisons et 1 mort, résultat paraissant démontrer le danger inhérent à la résection de la mandibule.

Lindenborn (1904) sur 23 opérés eut 9 morts immédiates, 14 récidives rapides.

II. *Voie buccale*. — Ne possédant que des observations isolées, il nous est difficile d'établir une statistique exacte de ce mode d'extirpation.

De ce que les observations publiées ont toutes été suivies de guérisons opératoires et de survie plus ou moins longue, il ne faut pas en conclure qu'il n'ait pas existé de cas malheureux cependant il est équitable de faire ressortir la rareté des complications pulmonaires et combien le malade est par ce procédé soustrait à tous les inconvénients et quelquefois aux dangers qui suivent la pharyngectomie externe.

Un point important sur lequel nous devons insister est la constatation de la possibilité d'une exérèse au moins aussi radicale et sûrement moins dangereuse faite par la voie buccale. Il est à remarquer, en effet, que dans la grande majorité des observations publiées il n'a été constaté aucune récidive locale ; mais seulement, après un temps d'arrêt plus ou moins long, l'envahissement secondaire s'est montré *à distance*, soit au niveau de ganglions souvent fort éloignés, soit au niveau de la paroi opposée, prouvant ainsi que les voies naturelles n'ont rien à envier aux procédés classiques, mais qu'au contraire elles doivent bénéficier et faire bénéficier les malheureux cancéreux de leur bénignité et de leur efficacité.

Nous ne parlerons pas des procédés de thérapeutique générale : pulvérisations ou inhalations d'essences diverses ; de thuya notamment, à laquelle on a voulu attribuer des propriétés spécifiques ; applications locales ou injections d'arsenic ou de ses dérivés ; sérum anticancéreux, sur la valeur duquel nous n'avons pas à nous prononcer, etc., etc. Leur multiplicité démontre assez clairement leur insuffisance.

(1) LATARGET, Thèse de Lyon, 1906.

## V. — Indications et contre-indications.

Nous avons vu dans ce qui précède combien la chirurgie du pharynx par voie externe était hérissée de difficultés et de dangers, en raison de l'âge et de la résistance, du voisinage des gros vaisseaux, de la réparation de la plaie ; nous lui opposons un procédé qui, diminuant la durée opératoire, supprimant la suppuration dont il est souvent difficile pour l'opéré de supporter les frais, procure au malade une guérison opératoire rapide, qui relève son moral et lui redonne confiance.

Est-ce à dire que ce mode d'accès doit être utilisé à l'exclusion de tout autre et dans tous les cas ? Évidemment non ; c'est pourquoi nous devons examiner les indications qui nous engagent à intervenir, ainsi que les diverses raisons qui rendent dangereuse et même impossible une exérèse alors trop incomplète pour être satisfaisante ; hâtons-nous de dire que nous croyons ces contre-indications suffisamment sérieuses pour pouvoir également être appliquées à la pharyngectomie classique.

I. **Tumeurs bénignes.** — D'accord sur ce point avec les auteurs classiques, nous estimons que toutes les tumeurs bénignes du voile, du pharynx et de l'amygdale sont opérables par la voie buccale ; qu'il s'agisse de tumeurs *solides*, comme les fibromes du voile, les adénomes, les papillomes, myxomes ou autres plus rares, soit de tumeurs *liquides*, comme les kystes simples ou dermoïdes, les angiomes, etc. Leur excision, en général sous cocaïne, est fort simple dans la majorité des cas, sauf toutefois pour celles qui sont de volume excessif ou de vascularisation exceptionnelle, et nous croyons inutile d'insister davantage à leur sujet.

II. **Tumeurs malignes.** — Ici, la chose est plus contestable et exige par conséquent l'examen détaillé des différents facteurs qui doivent influencer la décision du chirurgien. Nous pouvons, pour mettre plus de lumière dans la discussion, diviser les indications d'opérabilité des tumeurs malignes d'après leur nature, leur situation et leur étendue.

## A. NATURE DES TUMEURS.

I. *Sarcome*. — Cette variété, rencontrée plus fréquemment, serait, d'après Moure, le sarcome fasciculé ; cette forme est en général encapsulée ; ses limites sont souvent nettes, quoique irrégulières ; quelques-uns présentent même une tendance à la pédiculisation. Les tissus voisins sont peu ou pas infiltrés ; la réaction ganglionnaire est à peu près nulle. Ces tumeurs sont, à notre sens, le type des néoplasmes malins justiciables de l'intervention buccale ; leur énucléation est en général facile, se fait aisément au doigt, et la réparation de la plaie peut toujours être hâtée par la suture des bords muqueux cruentés, grâce à la distension et à l'intégrité relative du revêtement de la tumeur.

Les lymphosarcomes, au contraire, qui nous paraissent d'un degré de fréquence au moins égal, dont la forme est diffuse, à retentissement ganglionnaire précoce et souvent éloigné, à évolution particulière rapide, ne doivent pas être abordés par la bouche. Leur infiltration, leur évolution en font des *noli me tangere*, et il est, croyons-nous, bien peu de chirurgiens qui, en leur présence, oseraient affronter le danger d'une pharyngectomie.

Nous croyons intéressant de rapporter ici une observation communiquée par M. le professeur Jacques, ayant trait à l'histoire d'une tumeur de cette nature :

M<sup>me</sup> L... (Vosges), quarante ans, institutrice en retraite, commençait à se plaindre au début d'avril 1911 d'un engorgement pharyngien un peu douloureux, gênant la déglutition. Cette soif-disant angine incommode n'était autre chose qu'un sarcome infiltré et déjà largement ulcéré, intéressant la presque totalité du voile, prédominant sur sa moitié de gauche ; la plus grande partie de l'isthme du gosier était occupée par une masse charnue rose pâle entourée d'une atmosphère œdémateuse, empiétant sur le palais dur, gagnant l'espace rétro-molaire et s'infiltrant à la base de la langue sans présenter nulle part de limites nettes.

Plusieurs ulcérations siégeaient à sa convexité ; le tout était fixé à la paroi pharyngienne postérieure, d'une part, à la branche

montante du maxillaire, d'autre part. En outre, l'inspection et la palpation révélèrent un empatement bosselé rénitent de la région latérale du cou, entre l'angle de la mandibule et le sterno-mastoïdien.

La malade avait beaucoup maigri déjà; malgré l'assistance de la famille, j'ai cru devoir me refuser à toute entreprise chirurgicale; l'examen histologique avait en effet montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire très malin.

Le traitement radiothérapique institué sur mon conseil et continué pendant trois mois réussit à réduire l'engorgement ganglionnaire et à tenir à peu près en respect la tumeur gutturale. Au bout de ce temps, la malade exigea, paraît-il, une intervention radicale qui fut pratiquée par voie externe, à laquelle j'ai appris qu'elle succomba dans les vingt-quatre heures.

II. *Épithéliomas*. — Plus encore pour celle-ci que pour les autres variétés, l'opportunité de l'exérèse par voie naturelle dépendra de l'ancienneté et de l'étendue de l'affection.

Ces tumeurs, parfois développées en surface, végétantes, dont les bords forment champignons, atteignent souvent un assez grand volume, mobiles cependant sur les plans sous-jacents et ne donnent lieu en général qu'à des manifestations ganglionnaires tardives.

Si nous admettons, à leur début, qu'elles sont susceptibles de bénéficier d'une intervention bénigne alors que l'envahissement ganglionnaire est peu ou pas marqué, et que la tumeur a encore relativement respecté le vestibule laryngé, il est hors de doute qu'à la période d'adénopathie avancée cervicale ou angulo-maxillaire, où la masse du néoplasme fait corps avec le maxillaire, il ne saurait être question d'intervention quelle qu'elle soit; la thérapeutique générale narcotique reprendra alors ses droits.

#### B. SITUATION DES TUMEURS

Envisagées au point de vue de leur situation, nous pouvons distinguer plusieurs groupes de tumeurs: celles du voile, de l'amygdale, de la langue, enfin celles de la paroi postérieure; ces divisions théoriques indiquent en réalité le point de

départ du néoplasme, dont la marche envahissante détruit lentement et sûrement tout ce qu'elle approche,

I. *Groupe des tumeurs du voile.* — Lorsqu'il s'agit de tumeurs primitives localisées au voile (observation VIII) ou à la luette, l'éradication buccale peut être complète et définitive, grâce à la possibilité de dépasser largement les limites macroscopiques de la région envahie.

II. *Groupe des tumeurs de l'amygdale.* — Cette variété semble être le type des tumeurs malignes de la région ; ce sont les plus communes, pour lesquelles nous sommes consultés le plus souvent.

Nées de l'amygdale, ces tumeurs ne tardent pas à en franchir les limites et à envahir les régions voisines ; c'est alors seulement, quand apparaissent les troubles fonctionnels : dysphagie progressive, assourdissement et résonance nasale de la voix (voix amygdalienne), douleurs spontanées, irradiées à l'oreille du côté envahi, augmentées par la déglutition, salivation abondante, quelquefois striée de sang, que le malade songe à demander conseil. A ce moment, habituellement, l'infiltration néoplasique végétante ou ulcéreuse a atteint le voile du palais qui s'œdématie ; elle se poursuit vers le sillon amygdalo-glosse et la base de la langue, se continue vers le pilier postérieur et la muqueuse pharyngienne latérale et postérieure.

Dans ce type, il arrive que l'on ait souvent affaire à des tumeurs relativement mobiles encore, laissant libre l'angle de la mâchoire ; la réaction ganglionnaire, quelquefois précoce, n'apparaît fréquemment que tardivement, sous forme de petites masses d'abord dures, légèrement douloureuses à la pression, et mobiles, qui plus tard, en augmentant de volume, deviennent adhérentes à la région angulo-maxillaire et font corps avec le maxillaire inférieur.

Dans cette variété, nous pouvons, croyons-nous, tirer des indications de la pharyngectomie interne de la réaction ganglionnaire.

1° Dans les cas où l'angle du maxillaire paraît libre d'envahissement lymphatique diffus, où il n'existe que quelques ganglions isolés et mobiles dans la région maxillo-pharyngée,

l'intervention doit être pratiquée par les voies naturelles, sans se laisser influencer par l'aspect et l'étendue apparente de la tumeur pharyngée ;

2° Dans les cas, au contraire, où la région maxillaire est, empâtée, où il apparaît une masse ganglionnaire engainant en quelque sorte la mâchoire, et intimement unie à elle, la voie buccale, pas plus, semble-t-il, que toute autre voie d'accès, ne doit être employée ; la tumeur est alors en dehors, au-dessus des ressources de la chirurgie,

III. *Groupe des tumeurs de la langue.* — Ces tumeurs appartiennent en réalité à un groupe différent, qui sort du cadre de ce travail ; disons cependant que nous nous sommes assurés, au cours des diverses interventions pratiquées, de la possibilité et même de la facilité relative de l'exérèse des néoplasmes de la langue, en leur lieu habituel d'élection : région latérale, correspondant à la dernière molaire, sillon amygdalo-glosse.

VI. *Groupe des tumeurs de la paroi postérieure du pharynx.* — Les tumeurs de ce groupe sont rarement primitives, mais habituellement le résultat de l'extension progressive d'un néoplasme voisin.

Ces tumeurs s'énucleent très facilement, grâce au tissu cellulaire lâche doublant la paroi pharyngienne, qui constitue une sorte de bourse séreuse s'opposant longtemps à l'infiltration. Cette couche celluleuse isole le pharynx des tissus prévertébraux : aussi est-on surpris de la facilité avec laquelle un gros champignon cancéreux de la paroi postérieure est disséqué et décollé au doigt, et cela d'une manière aussi complète que possible. C'est pourquoi ici encore nous n'hésitons pas à conseiller l'emploi de la voie buccale, comme méthode de choix.

#### ÉTENDUE DES TUMEURS

En exposant la situation des tumeurs pharyngées, nous avons déjà nécessairement parlé de leur étendue.

Nous insisterons surtout ici sur les prolongements qu'elles

peuvent pousser dans certaines directions, en priant le lecteur de se reporter aux figures des coupes anatomiques présentées au chapitre II.

Comme nous l'avons fait remarquer, il ne faut pas se laisser impressionner par l'étendue des tumeurs buccales; souvent elles paraissent inopérables par leur inaccessibilité apparente; mais, grâce à la traction exercée sur la langue, à l'éclairage puissant de la gorge, à l'aide précieuse du toucher digital, qu'aucun instrument ne saurait remplacer, l'on est surpris, au cours de l'intervention, une fois la masse principale enlevée, de constater le jour considérable obtenu, et combien sont relativement facilitées la recherche et l'ablation des prolongements restants.

En dehors des contre-indications déjà signalées, tirées de l'envahissement ganglionnaire diffus de l'espace maxillo-pharyngé, c'est de la nature et surtout de la région où se développent les prolongements néoplasiques que dépendra le radicalisme de l'opération, et par suite la durée de survie procurée.

*En dedans*, vers le voile, l'exérèse peut dépasser largement l'infiltration morbide.

*En arrière*, nous l'avons vu, grâce à la structure histologique de la paroi postérieure, l'énucléation ne présente aucune difficulté.

*En haut*, l'ablation des régions dégénérées du voile permet de suivre et d'exciser les bourgeons développés souvent librement dans le naso-pharynx. Si la tumeur a atteint la trompe ou les tissus péricubaires, la difficulté devient considérable, car l'espace ptérygo-maxillaire n'oppose à l'infiltration qu'une barrière fragile, et il faut alors recourir à la voie transsinusofaciale, pour avoir quelque chance d'arriver à bonne fin.

*En bas*, l'envahissement du sillon amygdalo-glosse et de la région avoisinante de la langue est combattu avec succès et sans peine; la délimitation de la tumeur avec les ciseaux courbes sur le tranchant ou sur le plat, est facile aussi longtemps que celle-ci reste située au-dessus des replis glosso-épiglottiques. Si le néoplasme descend plus bas, si le sinus pyriforme ou le vestibule laryngé sont dégénérés, la voie buc-

cale devient insuffisante et doit être complétée par la voie sous-hyoïdienne.

*En dehors*, ce n'est que tardivement que la dégénérescence maligne se propage, arrêtée dans sa marche par une première barrière formée des trois muscles styliens et de l'apophyse styloïde (Fig. 3) ; puis, plus en dehors, par le ptérygoïdien interne, la branche montante et la sangle du digastrique. De ce côté, il est toujours possible de dépasser le mal, car, dans les cas justiciables de l'opération, les obstacles que nous venons de signaler jouent encore leur rôle protecteur.

*En avant*, enfin, la tumeur trouve souvent un chemin facile pour s'insinuer jusque dans la joue, en suivant le ptérygoïdien interne et en contournant le bord inférieur de la branche montante. Dans cette région, rien ne l'arrête : elle s'y diffuse, et devient à peu près impossible à disséquer d'une manière radicale. Aussi voyons-nous dans l'observation V en particulier, malgré les soins apportés à l'énucléation, la persistance d'un ulcère de la joue, constaté un mois après l'intervention, alors que tout le reste de la plaie pharyngée était parfaitement cicatrisé.

En résumé, nous croyons pouvoir conclure que la pharyngectomie interne trouvera son indication presque dans tous les cas où la voie externe peut être utilisée ; et que l'on doit se préoccuper moins de la nature, du siège et de l'étendue de la tumeur que de l'infiltration ganglionnaire qui l'accompagne ; nous pouvons ainsi établir comme type schématique de néoplasme à respecter « les tumeurs squirrheuses, infiltrées dans « la base de la langue, faisant corps avec la branche montante, et fusionnées avec une masse ligneuse de ganglions « comblant l'espace maxillo-pharyngé ; ces tumeurs échappent au mode buccal d'exérèse, et même en général à toute « entreprise opératoire (1) ».

## VI. — Technique opératoire de la pharyngectomie interne.

Nous envisagerons tout d'abord dans l'exposé qui va suivre les soins préliminaires auxquels le malade devra être soumis ;

(1) JACQUES, *loc. cit.*



nous étudierons la question de l'anesthésie, de la trachéotomie et de la ligature des vaisseaux; puis, après la description détaillée de la technique opératoire, nous indiquerons la nature des soins consécutifs qui nous paraissent recommandables.

*Soins préliminaires.* — Préparation du malade. — Pendant les quelques jours qui précèdent l'opération, on devra procéder à une désinfection bucco-pharyngée aussi complète que possible; la bouche sera débarrassée des dents cariées et surtout des chicots, dont les arêtes coupantes pourraient exposer le chirurgien à des blessures peut-être inquiétantes. La vaseline, au menthol, résorcine ou autre antiseptique, sera employée pour le nez et le cavum; les gargarismes, ou bains de gorge alcalins (borate ou perborate de soude), pratiqués soigneusement plusieurs fois par jour. Dans certains cas, en vue de favoriser l'hémostase, le sérum gélatiné en injection ou le chlorure de calcium en potion pourront être prescrits avec avantage.

*Anesthésie locale.* — Sauf les cas peu nombreux de tumeurs petites, nettement circonscrites, limitées à une région bien déterminée (amygdale, luette ou voile membraneux), où ce mode d'anesthésie pourra trouver son emploi, nous estimons de beaucoup préférable la pratique de la narcose générale, qui présente le précieux avantage d'accorder plus de liberté à l'opérateur, de soustraire l'opéré à la vue de son opération et d'éloigner ainsi, en cas d'aléa toujours possible, un témoin fort gênant.

L'anesthésie locale sera réalisée par le procédé qui nous donne complète satisfaction dans l'amygdalectomie chez l'adulte : injection sous-muqueuse d'une quantité suffisante (3 ou 4 centimètres cubes) d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, ou mieux de novocaïne au centième; l'addition d'adrénaline n'est pas à conseiller, en raison de la vaso-dilatation qu'elle provoque habituellement et qui peut exposer l'opéré à une hémorragie post-opératoire fâcheuse.

*Anesthésie générale.* — Nous employons systématiquement le chloroforme, fort bien toléré même chez les malades anémiés; l'éthérisation, en effet, semble devoir être écartée pour plu-

sieurs raisons : congestion intense qu'elle détermine au niveau de la tête, favorisée encore par la position habituellement déclive ; prédisposition aux complications broncho-pulmonaires ; difficulté et irrégularité dans son application, dues au voisinage du champ opératoire (sauf toutefois lorsqu'une trachéotomie préventive a été pratiquée) ; peut-être aussi danger de son emploi par l'usage possible du galvano ou du thermo.

Le chloroforme sera donné soit au moyen d'une compresse, soit au moyen du masque habituel, modifié par deux échancrures latérales, permettant le passage d'un doigt destiné à tamponner la plaie opératoire sans interrompre l'administration de l'anesthésique.

Si une canule trachéale a été posée, la chloroformisation se fera à distance au moyen d'un tube de caoutchouc terminé par un entonnoir.

Nous n'avons jamais cru devoir utiliser l'intubation pérorale de Kuhne en raison de la gêne inévitable apportée par la présence du tube dans la bouche et la gorge aux manœuvres d'exérèse et surtout de tamponnement.

*Position du malade et du chirurgien.* — Nous n'insisterons pas sur la position la plus favorable à donner au malade pour pratiquer la trachéotomie, extirper les ganglions cervicaux ou ligaturer la carotide ; tous les ouvrages classiques la décrivent longuement et notre manière de procéder ne saurait en différer.

Le malade est ensuite attiré à l'extrémité de la table d'opération en position tête déclive, les épaules légèrement surélevées par un coussin ; la tête est soutenue par un aide, ou de préférence avec un appui-tête, qui la fixe aisément dans la situation convenable grâce à deux coussinets mobiles. La position de Rose ainsi obtenue évite l'accès dans le vestibule laryngé du sang ou de débris de tumeur, qui s'accumulent au contraire dans le naso-pharynx, où il est aisé de les recueillir ; nous employons volontiers dans ce but une canule en verre reliée à un appareil de Potain ou à une trompe à eau, dont l'aspiration énergique facilite et simplifie le nettoyage de la gorge.

L'opérateur, muni d'un réflecteur électrique puissant, se

placera au début de l'intervention à la droite de l'opéré ; l'assistant se trouvera à la tête, chargé d'écarter la langue ou de comprimer les points saignants, ayant à sa gauche un aide muni de l'aspirateur ou de la pince porte-coton. Le chloroformisateur se mettra sur le flanc gauche du malade.

Plus tard, l'opérateur et l'assistant changeront de place, pour permettre au premier de poursuivre plus directement les prolongements inférieurs de la tumeur.

*Trachéotomie.* — Certains auteurs (Sébileau) conseillaient, il y a quelques années encore, de pratiquer une fistule trachéale, d'extirper les ganglions et de ligaturer la carotide dans une première intervention : le malade aurait ainsi le temps de s'habituer à la canule. On a reconnu depuis que la trachéotomie préventive exposait quelquefois davantage à la broncho-pneumonie, et la plupart des opérateurs l'ont actuellement abandonnée.

Nous estimons que la trachéotomie ne doit être utilisée que lorsqu'elle est indispensable : *a)* quand la tumeur a acquis un développement surtout inférieur, tel qu'il gêne la respiration dans le décubitus dorsal et provoque au début de l'anesthésie une asphyxie inquiétante (obs. X) ; *b)* lorsque, éventualité fort rare, au cours de l'opération il se produit un encombrement laryngé ou trachéal sérieux.

Comme, dans ces cas, il s'agit seulement d'apporter une aide passagère à la respiration, et que, d'autre part, la petite plaie devra être suturée aussitôt l'opération terminée, il est indiqué d'employer une canule aussi petite que possible, afin de diminuer le traumatisme trachéal ; nous accordons la préférence à la canule plate de Botey (n° 5), que nous insinuons par une petite boutonnière pratiquée dans l'espace intercricothyroïdien ; cette petite canule suffira amplement à l'administration du chloroforme.

*Ligature des vaisseaux ; extirpation des ganglions.* — L'opportunité de la ligature des vaisseaux et de son lieu d'élection est encore à l'heure actuelle très discutée.

Il nous paraît tout d'abord utile d'insister sur le fait suivant, constaté par la majorité des auteurs au cours d'une pharyngectomie interne : la bénignité, la médiocrité de l'hé-

morragie, sa facilité d'hémostase et surtout sa nature veineuse.

Nous avons vu, en effet, en étudiant l'anatomie de la région, que sous la muqueuse de la paroi postérieure et celle de la gouttière pharyngée latérale existait un premier plexus veineux important, plexus péripharyngien, à direction générale plutôt verticale et, plus en dehors, englobant le muscle ptérygoïdien externe, intéressant par conséquent moins le chirurgien, le plexus ptérygoïdien. Ces deux réseaux veineux, alimentés en partie par les voies de retour intra-craniennes, veines méningées moyennes, sinus caverneux, etc., communiquant largement avec celles du côté opposé, sont peu influencés par la ligature carotidienne.

Aussi pensons-nous, sans être systématiquement opposés à la ligature artérielle, que l'on peut limiter cette intervention préalable aux cas dans lesquels la présence d'une adénopathie sterno-mastoïdienne ou rétro-maxillaire nécessite l'ouverture de cette région. Il est alors facile, au cours de l'extirpation ganglionnaire, de poser une ligature sur la carotide externe, soit au-dessus de l'émission de la thyroïdienne supérieure (avec ligature de sa branche laryngée supérieure), soit de préférence à son origine. La petite plaie externe sera alors suturée et l'on procédera ensuite à l'ablation de la tumeur.

*Exérèse de la tumeur.* — Si l'on a affaire à une tumeur encapsulée ou à limites nettement arrêtées (bénigne ou semi-maligne), fibrome, lipome, adénome, angiome et lymphangiome, kyste, certains sarcomes, etc., l'incision sera pratiquée dans la partie la plus saillante et la plus accessible de la tumeur, de préférence au bistouri, exceptionnellement au thermo ou au galvanocautère.

Le décollement se fera dans le plan de clivage en utilisant surtout l'index, dont la sensibilité spéciale supplée parfois très heureusement à l'insuffisance de la vision directe; l'usage d'une compresse sèche coiffant le doigt peut, pour certaines tumeurs, faciliter la dissociation d'avec les tissus sains. D'une façon générale, le saignement s'arrête spontanément dès que la masse néoplasique a été enlevée, grâce à la rétraction facile des tissus ambiants.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes toujours plus ou moins infiltrées, le chirurgien devra s'assurer d'abord, par une palpation minutieuse combinée au toucher naso-pharyngien, des connexions et des prolongements du néoplasme.

Ceci fait, l'incision sera continuée par la section verticale du voile immédiatement en dehors du tissu dégénéré, depuis le bord libre jusqu'à l'attache palatine. Le bistouri, ou mieux encore les ciseaux courbés sur le tranchant, seront préférés au thermocautère, dont l'action modificatrice sur les tissus ne permet pas d'en reconnaître exactement les caractères. Une ou deux pinces, placées sur les deux bords du voile, en même temps qu'elles assureront l'hémostase, serviront à l'écartement.

La section du voile est continuée par une incision au bistouri de la muqueuse de la face buccale, encadrant la majeure partie de la tumeur, qu'elle embrassera dans un arc de cercle à concavité inféro-interne étendu de la ligne médiane à la base de la langue, passant en dehors du pilier antérieur.

La masse principale du néoplasme ainsi circonscrite, on en poursuivra la dissection en approfondissant sous le contrôle de la vue le sillon ainsi tracé, soit avec le bistouri, soit mieux avec des ciseaux à pointes mousses et courtes sur le plat. Dans ce temps opératoire, la dissection se fera autant que possible sous le contrôle de la vue, chose relativement facile en raison de la faible effusion sanguine qui l'accompagne ordinairement. Le voile est ainsi traversé d'avant en arrière dans toute son épaisseur au voisinage de son insertion osseuse. Puis la tranchée s'enfonce au-dessus et en dehors de l'amygdale, à travers l'aponévrose et le muscle du pharynx, dans l'espace maxillo-pharyngé, d'où peuvent être extirpés éventuellement quelques ganglions.

C'est alors seulement, au moment où la masse principale de la tumeur va être détachée et extraite, que l'on aura d'habitude à compter avec l'hémorragie. Les plexus pharyngiens, souvent pénétrés par quelques expansions néoplasiques, sont nécessairement ouverts et donnent lieu à quelques jaillissements veineux incommodes, sinon imprévus. C'est

alors que le doigt aura à suppléer avec avantage pour quelques instants l'œil défaillant.

L'extirpation du plus gros de la tumeur sera rapidement menée, afin de libérer le champ opératoire et de réduire par un tamponnement efficace l'hémorragie veineuse. Après quelques minutes de compression, il deviendra facile de saisir sur le fait les bouches vasculaires accidentellement ouvertes et de les obturer par forcipressure.

Il ne faut pas se dissimuler toutefois que l'application des pinces, même de forme allongée et munies de griffes à leur extrémité, ne sera pas toujours aisée. On aura en effet affaire le plus souvent à des plaies longitudinales de vaisseaux, plus ou moins englobés par le tissu fibreux, sinon par des traînées carcinomateuses. C'est alors qu'on recourra avec grand avantage aux agrafes de Michel, et plus particulièrement au type modifié récemment par Wagener, et construit par Pfau. (L'instrument se compose d'une double griffe comparable à celle des pinces de Michel, mais agissant parallèlement et montée à coulisse sur une tige quadrangulaire de longueur appropriée, par un mécanisme analogue à celui du serre-nœud. Les agrafes elles-mêmes, établies pour assurer le rapprochement des plaies dans le cas d'hémorragie amygdalienne, sont de dimensions sensiblement supérieures aux agrafes communes de Michel.) Appliquées sur une plaie vasculaire, elles peuvent être abandonnées à elles-mêmes dans la plaie, sans causer aucune gêne au patient ni préoccuper le chirurgien. Au cas, en effet, où l'extraction en serait rendue pour une raison quelconque par trop malaisée, l'agrafe refermée tomberait d'elle-même au bout de quelques jours et serait déglutie, comme nous avons pu nous en convaincre personnellement, sans aucun dommage pour l'opéré.

Si, à ce moment, l'excision pratiquée comme nous venons de le dire, ne peut embrasser avec certitude la totalité des tissus néoplasiques, il devient relativement facile, le champ opératoire étant largement dégagé et l'hémostase assurée, d'explorer attentivement la surface cruentée, d'exciser les prolongements apparents et de détruire par une large cautérisation ignée les points suspects d'infiltration.

Si la tumeur a envahi la muqueuse de la paroi postérieure du pharynx, on excisera de celle-ci toute la portion dégénérée sans rencontrer de trop grandes difficultés, grâce à la laxité du tissu prévertébral, qui pendant longtemps isole la gouttière fibro-musculaire du squelette vertébral et des muscles qui le rejettent.

L'attention sera dirigée ensuite vers la base de la langue où, suivant le bord inférieur de l'amygdale palatine, la tumeur se sera plus ou moins infiltrée dans la portion avoisinante de l'amygdale linguale et dans les muscles sous-jacents; à la faveur d'une traction judicieuse exercée sur la pointe de la langue, la zone suspecte sera exposée et largement excisée, tant au bistouri qu'aux ciseaux de forme appropriée. En ce point on n'aura guère affaire qu'à quelques artéριοles émanées de la palatine ascendante ou de la ranine, et accessibles à la forcipressure ordinaire.

Enfin, après les prolongements postérieurs et inférieurs, l'attention se portera sur les expansions antérieures qui auraient pu déborder l'exérèse primitive, du côté de l'espace rétro-molaire et même vers la joue. Dans cette région, l'infiltration est particulièrement à redouter entre la muqueuse et le ptérygoïdien interne, en raison de la tendance toute spéciale à la diffusion et à la récidive; nous avons vu, du reste, que la constatation préopératoire d'une infiltration dans cette direction constitue une contre-indication relative à l'opération par voie externe et exige le recours à une résection par voie externe d'une portion de l'angle du maxillaire et de muscles qui le doublent.

Il faudrait en dire autant des fusées néoplasiques s'enfonçant vers le haut dans l'angle du pharynx, au voisinage de la trompe d'Eustache. Ces fusées heureusement, comme celles qui se font du côté de la joue, n'existent guère que dans les cancers à type infiltrant, et non mobilisables à la palpation, non délimitables au toucher, accompagnés d'empâtement externe, que nous avons vu former un type qui échappe aux interventions par voie buccale.

Quoi qu'il en soit, en présence de très volumineuses tumeurs surtout à forme végétante, il faudra se garder, nous le répétons,

d'un pessimisme hâtif, et, s'il est impossible d'extirper tout le néoplasme en masse, il ne faudra pas hésiter à l'attaquer par morcellement en supprimant d'abord, comme nous l'avons dit, la masse principale, ce qui fournira un jour inattendu et des facilités inespérées pour l'excision des portions restantes.

*Sutures.* — Quand une inspection attentive, facilitée par une hémostase complète et définitivement assurée par des ligatures, et par une palpation minutieuse de tout le champ opératoire, aura permis de conclure à l'extirpation de tout le tissu dégénéré, la vaste surface cruentée devra être réduite au minimum par rapprochement des bords muqueux.

On commencera par réunir, par quelques points de catgut, la muqueuse des deux faces du voile, au niveau de la ligne de section; puis, grâce à sa particulière laxité, la muqueuse de la paroi pharyngienne postérieure sera rapprochée de la lèvre opposée de l'excavation amygdalienne; enfin il sera généralement facile de refermer par quelques points de suture la tranchée creusée dans la base de la langue au niveau du sillon amygdalo-glosse. Pour toutes ces sutures, le catgut nous semble le matériel de choix.

Si la réunion n'a pu être complète, comme c'est le cas le plus habituel, une mèche iodoformée, doucement pressée dans la plaie persistante, la mettra à l'abri des contaminations extérieures, tout en complétant l'hémostase.

*Soins post-opératoires.* — L'injection de sérum est souvent utile pour rétablir la masse sanguine parfois sérieusement diminuée; l'alimentation, complètement supprimée pendant vingt-quatre heures, est reprise sous forme liquide dès le lendemain de l'opération, si le malade peut effectuer déjà quelques mouvements de déglutition. Au cas d'exérèse trop étendue il est pendant quelques jours alimenté au moyen d'une forte sonde urétrale fixée dans la fosse nasale du côté sain. Irrigations buccales avec une solution de perborate de soude chloraté.

Grâce à ces soins très simples la réparation s'effectue très rapidement et il est presque de règle que huit ou dix jours après l'opération le malade puisse quitter l'hôpital et s'alimenter comme à l'ordinaire. Le nasonnement très accentué



et le reflux alimentaire, qui succèdent à l'excision large du voile, tendent à diminuer rapidement à mesure que la rétraction cicatricielle réduit les dimensions de l'orifice bucco-pharyngé, et il est tout à fait exceptionnel que l'on ait à recourir à la prothèse vélo-palatine.

### Conclusions.

Plus se perfectionne la technique dans les différentes parties de l'art de guérir, et plus s'impose l'usage des voies naturelles comme accès aux lésions à traiter. L'expérience quotidienne démontre combien sont tolérantes les cavités muqueuses à l'égard des instruments dirigés par des mains expertes; pour ne citer qu'un exemple, ceux d'entre nous qui sont familiarisés avec l'endoscopie du thorax savent à quel point les interventions par voie buccale ont amélioré le pronostic des phlegmons péribronchiques ou périœsophagiens provoqués par des corps étrangers.

Aussi, sans répudier les procédés opératoires qui ont assuré à la chirurgie générale tant de si beaux succès, le devoir de notre spécialité est-il, à notre avis, de restreindre le rôle des opérations d'accès dans la mesure autorisée par les incessants progrès de notre technique spéciale, sans sacrifier aucunement — cela va de soi — le résultat visé à la simplification de l'acte opératoire.

Nous croyons avoir établi qu'il est possible d'agir par la voie buccale sur les néoplasmes du mésopharynx d'une manière tout aussi efficace, dans la majorité des cas, qu'en intervenant par la voie externe.

Il n'est pas douteux, d'autre part, que ce *modus operandi* constitue pour le patient un traumatisme singulièrement anodin, comparativement aux risques de la pharyngectomie classique. Cela doit suffire, il nous semble, pour recommander à l'attention de nos collègues la pharyngectomie interne, trop délaissée par les nombreux partisans des larges incisions de la chirurgie à ciel ouvert. Son indication, absolue dans toutes les tumeurs bénignes ou encapsulées, ainsi que dans les tumeurs malignes nettement limitées, mérite encore

l'examen et demeure affaire d'opportunité dans nombre de cancers déjà étendus chez des sujets débilités. Grâce à la pharyngectomie interne, nous pouvons alors « échapper encore au terrible dilemme de la désespérante abstention ou de la mutilante et si souvent fatale opération classique... Sommes-nous jamais certains de l'inanité finale de nos efforts? Et pourquoi en refuser le bénéfice à un désespéré, si nous pouvons tenter de le guérir sans attenter à ses jours? »

### INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARADIE. — Tumeur primitive de l'amygdale (*Jour. de méd. de Bordeaux*, n° 32, 1899).
- BOURGEOIS et LENORMAND. — Précis de pathologie chirurgicale, 1909, t. II, p. 491.
- BERGER. — Tumeurs mixtes du voile (*Rev. de chir.*, 1907).
- BEAUSOLEIL. — Tumeur maligne primitive de l'amygdale droite (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 juin 1892).
- BALLANGER. — Anatomie clinique de l'amygdale (*Archiv. internat. de laryngol.*, 1906, p. 831).
- BARTHAEUER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du pharynx (Thèse de Greifswald, 1897).
- BOSWORTH. — Traité des maladies de la gorge et du nez, 1892.
- CARBEL. — Cancer de l'amygdale (*Lyon méd.*, n° 32, 1899).
- CARRIÈRE. — Contribution à l'étude du sarcome de l'amygdale chez l'enfant. Paris, 1906, p. 60.
- CARTAZ. — Deux cas de lymphadénome des amygdales (*Semaine méd.*, 8 mai 1895).
- CASTEX. — Tumeurs malignes de l'arrière-bouche (*Rev. de chir.*, 1886, p. 44).
- Maladies du larynx, du nez et des oreilles, p. 74.
- Ablation d'amygdales épithéliomateuses par la voie buccale ou cutanée (*Bull. de laryngol., rhinol. et otol.*, 1903, p. 25).
- Traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx (*Bull. de laryngol.*, t. XII, 1909).
- COYNE. — Cancer de l'amygdale. Ablation par la cavité buccale (*Journ. de la Soc. de méd. de Lille*, n° 43, 23 oct. 1897).
- CHARNLEY. — Lymphosarcome des amygdales (*Birmingham med. Rev.*, juin 1895).
- CHARON. — Thèse de Paris, 1891.
- CHAUVEAU. — Le pharynx, 1901.
- CITELLI. — *Bollett. delle malatt. dell'orechio, gola e naso*. t. XXVII, 1909, p. 49.
- DAVIES COLLEY. — Néoplasme du pharynx; ablation; guérison (*The Lancet*, 8 mai 1897).
- DAVID. — Du traitement chirurgical des tumeurs de l'amygdale (*British med. Journ.*, 2 janv. 1891).

- DAUVERGNE. — *Lyon médical*, n° 35, 1900, p. 275.
- DELRET. — Pharyngotomie et pharyngectomie (*Bull. de laryngol.*, 1<sup>er</sup> janv. 1906).
- DEBOVE. — Néoplasme de l'amygdale (*Lyon méd.*, 1907, p. 568).
- DELOBEL. — Chirurgie de l'amygdale (*Jour. de la Soc. méd. de Lille*, 1908, p. 433-443).
- DEMARQUAY. — Cancer du pharynx (*Bull. de la Soc. de chirurg.* 1906).
- DEPAGE. — Résection de la langue, du voile et de l'amygdale par voie buccale (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1899, p. 337).
- DESCOMPS. — Anatomie de l'espace maxillo-pharyngien; région sous-angulo-maxillaire (Thèse de Paris, 1908).
- DIEULAFÉ, HERPIN, etc. — Maladies chirurgicales de la bouche et des maxillaires.
- DOWNI. — Société de laryngologie de Londres, 1900; *id.*, 1902.
- DURAND. — Néoplasme de l'amygdale (*Lyon méd.*, 1907).
- DURET. — Cancer des amygdales. Procédés opératoires (*Journ. de la Soc. des sciences méd. de Lille*, n° 9, 1893).
- ESCAT. — Maladies du pharynx, 1901, p. 454 et 459.
- ETIÉVANT. — Pharyngotomie transhyoïdienne (*Gaz. des hôp.*, n° 110, 1897).
- FAURE. — Traitement des cancers de l'arrière-gorge (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 3, 1903).
- *Semaine médicale*, n° 43, 1902).
- *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1907, p. 2-7.
- A propos de la pharyngotomie (*Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*. 1911).
- FRÄNKEL. — Cancroïde du pharynx (*Berlin. Wochens.*, 1877).
- Technique opératoire du cancer de l'amygdale (*Wiener klin. Wochens.*, n° 12, 1898).
- FOUNEGRÉ. — Thèse de Paris, 1883.
- GATHGENS. — Tumeurs bucco-pharyngées et traitement (Thèse de Königsberg, 1903).
- GAUDIER. — Société médicale du Nord, 1898.
- *Echo médical du Nord*, n° 10, 1903.
- GAULT. — Congrès d'oto-rhino-laryngologie de Paris, 1911.
- Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 5 avril 1912.
- GLUCK. — Le traitement chirurgical du cancer de la langue et du pharynx (*Presse oto-rhino-laryngol. belge*, n° 33, 1908).
- Soc. chirurg. et ann. Société belge, 1909; *id.*, 1910.
- HANDLEY. — Tansini method for the cure of cancer of the throat (*The Lancel*, London, 1908, p. 871).
- HARDOIN. — Tumeur de l'amygdale (*Presse méd.*, n° 103, 1905).
- HEINLETT. — Des tumeurs malignes des amygdales (*Manch. med. Wochens.*, n° 35 et 35, 1901).
- HONSELL. — Tumeurs malignes des amygdales (*Beitr. z. klin. Chir.*, Band XIV, Heft 3, 1895).
- HOPPE. — Tumeurs malignes du pharynx (Inaugur. Dissert., Berlin, 1891).
- HUBNER. — Contribution à l'étude des lymphosarcomes du pharynx (Dissert. inaugur. de Greifswald, 1895).
- JACQUES ET DURAND. — Épithélioma du voile et de l'amygdale; extirpation (*Rev. méd. de l'Est*, 16 juill. 1907).

- JACQUES. — Cancer du voile (*Rev. méd. de l'Est*, 1908).
- Extirpation simplifiée de l'épithélioma de l'isthme pharyngien (*Presse méd.*, 22 mai 1909).
- L'excision par les voies naturelles des cancers de l'isthme du gosier (*Bull. de laryngol.*, t. XI, 1<sup>re</sup> juill. 1908).
- JOHNSON. — Lymphosarcome des amygdales enlevé par voie externe (*Lancet*, 18 mai 1893).
- KRÖNLEIN. — Traitement du carcinome du pharynx (Congr. Soc. allemande de chir., 1897).
- KUT. — *Medical Record*; 7 avril 1890.
- KISTONOPULOS. — Du sarcome des amygdales, Heidelberg, 1898.
- LAMBERT LACK. — Société de laryngologie de Londres, 1901; *id.*, 3 février 1904.
- LAMPHEAR. — Twocases of sarcoma of the tonsil (*Rev. hebdom. de laryngol.*, 1900).
- LATARGET. — Études sur les pharyngectomies, Lyon, 1906. p. 243.
- LERMOYER. — Un cas de sarcome de l'amygdale (*Ann. des mal. de l'oreille*, n° 4, 1893).
- LINDENBONN. — *Beitrag zur klin. Chir.*, 1904, vol. XLIII.
- MAC BURNEY. — Extirpation par pharyngectomie d'un cancer de l'amygdale.
- MASSEL. — Congrès d'otologie de Budapesth, 1909.
- MAUCLAIRE. — *Bull. de la Soc. anatomique de Paris*, 1892; *id.*, 1897.
- MEGEVANT. — Thèse de Genève, 1887.
- MEYER. — Excision de l'amygdale droite pour sarcome (*New York surg. Soc.*, 30 janv. 1892).
- MOIZARD, DENIS et RABÉ. — Tumeurs malignes de l'amygdale chez l'enfant (*Bull. de laryngol.*, 1905, p. 716).
- MORESTIN. — *Bulletin de la Soc. française de syphil. et dermat.*, 1907.
- Pharyngectomie supra-hyoïdienne pour extirpation d'une tumeur de l'amygdale (*Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1908, p. 864-866).
- MERRIMANN. — Société de laryngologie de Londres, 8 janvier 1896.
- Épithélioma de l'amygdale extirpé par pharyngotomie latérale (*Lancet*, 28 nov. 1896).
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- PREUNDELBERGER. — Extirpation des néoplasmes de l'amygdale (*Wiener klin. Rundschau*, n° 18, 1905).
- PASSAQUAY. — Thèse de Paris, 1873.
- RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. — *Archives internationales de laryngologie*, septembre-octobre 1903.
- RHODES. — Sarcome de l'amygdale (*Archiv. internat. de laryngol.* Paris, 1908, t. XXVI, p. 816-824).
- RIEFFEL. — Les rapports de l'amygdale avec les vaisseaux carotidiens. Paris, 1892.
- RUDIGER BYDIGIER (Von). — Eine neue methode fur Tumoren im Rachen (*Wien. klin. Wochens.*, 1908, p. 1803).
- ROSSEL PARK. — Deux cas de pharyngotomie externe (*Med. Record*, 20 août 1893).
- ROUDIE. — Le cancer du pharynx (Thèse de Lyon, 1900).
- ROUTIER. — Tumeur de l'amygdale (*Presse méd.*, n° 95, 1905).

- ROUVILLOIS. — A propos de la pharyngotomie (*Bull. et mèm. de la Soc. de chir. de Paris*, 1907 p. 149).
- SECCOMB HETT. — Société royale de médecine de Londres, 1909.
- SCHMIEGELOW. — Société danoise de laryngologie, 1905.
- SCHIFFERS. — Société belge de laryngologie, 1904.
- SNITREIMER. — Dissert. inaugur., München, 1898.
- SOLIS COHEN. Sarcome de l'amygdale ; extirpation par la bouche (*Phil. med. record*, 27 janv. 1894).
- STABILINI. — Carcinoma primitiva della tonsilla (*Corriere san. Milano* 1910, p. 707).
- SPISTAMY. — Zur frage der Pharyngol. supra-hyoid. (*Centralbl. für Chir.*, Leipzig, 1907, p. 104).
- SYME. — *Medical Journal of Australia*, 20 août 1900.
- TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.
- VALLAS. — *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, 1906 ; in *Lyon médical*, n° 24, p. 234.
- VEDOVA. — Le cancer de la gorge (*Pratica oto-rhin.*, n° 6, 1907).
- VERNEUIL. — Quelques considérations sur l'extirpation des tumeurs intra-buccales (*Gaz. des hôp.*, n° 144, 1893).
- WAGNER. — Un cas de sarcome de l'amygdale (Thèse de Würzburg, 1896).
- WALKER DOWNIE. — Sarcome de l'amygdale ; ablation par les voies naturelles (*The Journ. of laryngol.*, juill. 1902).
- WEISS. — Quelques considérations sur le cancer de l'arrière-gorge (*Rev. méd. de l'Est*, n° 1, 1893).
- WATSON. — Sur un cas de sarcome de l'amygdale (*New York med. Journ.*, 10 nov. 1894).
- WOCHER. — Un cas de sarcome de l'amygdale (Thèse de München, 1893).
- ZIMMERMANN. — Casuistique de la pharyngotomie (Thèse de Tübingen, 1899).

## RECUEILS DE FAITS

---

### PARALYSIE FACIALE PÉRIPHÉRIQUE CONSÉCUTIVE A UN LAVAGE DU NEZ PAR DOUCHE NASALE (1)

Par **LUBET-BARBON**

L'observation que je vous présente n'a que la valeur d'un petit fait, mais elle vient grossir le nombre déjà gros des accidents consécutifs à l'emploi intempestif de la douche nasale et qui ont éloigné la plupart d'entre nous de cette pratique.

Le lavage du nez que nous sommes souvent obligés de pratiquer pour déterger des fosses nasales encombrées pour telle ou telle autre cause est une arme que nous ne devons pas plus confier à nos malades qu'une seringue à morphine et la pratique des injections. Il ne doit se faire même par nos mains qu'à bon escient après avoir regardé si l'une ou l'autre narine est obstruée et dans ce cas il faut toujours avoir soin de faire passer le liquide de la narine la plus étroite vers la narine la plus large, pour que l'eau prise entre une pression même minime et une résistance ne s'évade pas par l'une des impasses qu'elle trouve sur son passage. Cela et le reste nous le savons tous.

Le malade ne le sait pas ; il ne sait pas non plus qu'il ne faut pas qu'il avale pendant que l'eau passe : en effet, pendant la déglutition, le pharynx se contracte et le pavillon interne s'ouvre, double condition pour favoriser l'entrée de l'eau dans la trompe.

C'est sur la connaissance de ce double fait qu'est basé le procédé de Politzer pour la douche d'air. Ce qu'il ne sait pas non plus, c'est qu'il faut tirer la langue hors de la bouche pendant tout le temps que l'eau passe : on ne peut en effet avaler tant que la langue est tirée, ce mouvement s'opposant à la contraction des muscles du voile du palais.

C'est beaucoup de choses à expliquer à son malade, on ne

(1) Communication à la Société Parisienne de Laryngologie.

le fait pas toujours et quand on le fait, il n'en retient que la moitié. Ajoutez que l'on ne conseille pas les lavages du nez sans cause et que cette cause est le plus souvent une infection septique du nez. D'où, non pas seulement des phénomènes de brutalisation de la caisse, comme dans notre cas, mais des accidents d'infections graves de toute l'oreille moyenne.

M. S., 39 ans, a du catarrhe nasal habituel pour lequel il se fait chaque jour des lavages du nez à l'aide d'un tube en caoutchouc relié à un bock. C'est donc un praticien. Vers la fin de septembre il ressent, en faisant son lavage, que son oreille s'assourdit, il cesse et il survient une vive douleur dans l'oreille gauche, qui passe au bout de quelques instants pour revenir plus forte dans la journée et s'accompagne de surdité avec sensation de tension et de plénitude. Il était à Bruxelles et il va voir l'un de nos camarades des plus estimés de cette ville : celui-ci observe, paraît-il, de la rougeur légère du tympan, il fait un pansement sommaire et conseille au malade de garder le repos.

4 à 5 jours après le lavage incriminé, le malade se réveille avec une paralysie faciale et il vient me consulter une dizaine de jours après le début de la paralysie. J'en constate les symptômes habituels et complets. Du côté du tympan, on voit une rougeur diffuse avec deux petits reflets pulsatiles dans la partie postéro-inférieure. L'audition n'est que peu diminuée, d'un tiers à peu près, cela par comparaison avec l'oreille saine. Le tympan n'est pas bombé et le cathétérisme pratiqué avec douceur, montre, comme on devait s'y attendre, qu'il n'y pas de liquide dans la caisse. L'audition est très améliorée par le cathétérisme ; la membrane est remise en place et je juge que les deux petits reflets pulsatiles devaient être la trace de perforations punctiformes spontanées. J'imité la sagesse de notre collègue belge et je ne fais pas autre chose que d'introduire dans le conduit une mèche de gaze protectrice.

Pendant les quelques jours que le malade resta en surveillance, la mèche se maintint sèche, les points punctiformes disparurent, l'audition revient à peu près normale ; quant à la paralysie, elle a duré à peu près six semaines et s'est atténuée spontanément et progressivement.

Je ne sais pas si cet accident des lavages du nez a déjà été signalé, mais il n'est pas pour me rendre plus favorable à cette méthode.

## RELATION D'UN CAS MORTEL DE THYROÏDITE CONGESTIVE

Par **C. STERCKMANS** (Louvain).

Il y a quelques mois j'ai soigné un jeune homme souffrant d'une tuméfaction du corps thyroïde.

L'évolution de la maladie me paraît avoir été assez intéressante pour en faire une relation détaillée.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, exerçant une profession libérale, maigre, ayant eu pour tout antécédent personnel quelques poussées de rhumatisme.

Il y eut plusieurs cas de tuberculose dans sa famille.

*Mercredi 9 août.* — Le sujet me fait mander; il souffre d'angine pultacée: la muqueuse de l'isthme du gosier est rouge, congestionnée, œdématisée; deux plaques blanches sur l'amygdale droite et une troisième sur le pilier antérieur droit. Otalgie droite. Je ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire. Température = 37° 8; pouls: 80.

Je prescris un gargarisme au salol et des enveloppements humides.

*Jeudi 10 août.* — Outre la persistance des symptômes d'angine, le malade accuse de la douleur paroxystique à l'épaule droite. Je prescris du salophène.

L'angine suit son cours normal et le 16 août le sujet reprend ses occupations.

*Vendredi 18 août.* — X... se présente à ma consultation et me dit que depuis la veille au soir, il a la voix voilée et que l'acte de parler le fatigue quelque peu. A l'examen laryngoscopique je trouve 2 cordes d'aspect normal, mais légèrement parésiées. Pas de ganglions; pas de température.

*Mardi 22 août.* — La très légère raucité persiste, elle augmente après dix à quinze minutes de parler, sans jamais amener l'aphonie. Au repas de midi, la déglutition a été un peu gênée pour les liquides. L'examen laryngoscopique ne dévoile rien de nouveau. La région pré-laryngée est légèrement gonflée.



Croyant à une congestion rhumatismale du corps thyroïde, je conseille : une purgation, des enveloppements humides et 4 grammes de salicylate de soude en vingt-quatre heures. Ce traitement est continué pendant six jours et amène un mieux sensible quoique cependant la voix reste éraillée.

*Lundi 4 septembre.* — X. reprend son travail.

*Mercredi 6 septembre.* — Le malade se présente en mon cabinet, la face rouge, les yeux brillants, injectés, la bouche entr'ouverte, respirant difficilement, secoué d'une toux sèche incessante, le cou, fortement gonflé, serré dans un faux-col.

Voici ce qu'il me raconte : « la veille au soir, vers six heures et demi, après une journée, durant laquelle je dus beaucoup causer, en avalant une gorgée de bière, je fus pris d'un violent accès de toux. Cet accès dura trois à quatre minutes. Instinctivement j'avais enlevé mon faux-col et défait mon bouton de chemise. Sitôt que ma toux cessa, j'éprouvai de la dysphagie que j'attribuai à ma fausse déglutition et ne pus que difficilement refermer le col de ma chemise tant mon cou avait gonflé. Durant la nuit, j'eus de fréquentes et longues quintes de toux. »

La tuméfaction occupe la région thyroïdienne ; elle dessine exactement tous les contours de la glande fortement hypertrophiée. Cette masse forme bloc avec le conduit trachéal ; sa palpation n'éveille aucune douleur ; par contre, la rétroflexion de la tête est douloureuse et provoque de la dyspnée. Tout mouvement de déglutition est douloureux. La consistance est uniformément ferme. Les veines sous-cutanées sont légèrement saillantes.

A l'examen du larynx (rendu difficile par l'antéversion de la tête) je vois la muqueuse congestionnée, les veines de l'épiglotte dilatées, les deux cordes, éloignées l'une de l'autre, dans l'émission du son « *é* », d'environ 5 millimètres. Le tour de cou pris au niveau du cartilage cricoïde mesure 40 centimètres (Le malade portait des faux-cols de 38 centimètres, ce qui équivaut à peu près à 35 centimètres de tour de cou à ce même niveau). Respiration : 18, Température : 36° 9. Pouls : 82. L'examen du poumon ne révèle rien d'anormal. L'analyse chimique des urines ne dénote la présence d'aucun élément pathologique.

Je prescrivis : salicylate de soude, antipyrine et quinine ; enveloppements humides le jour ; onguent gris la nuit. Repos complet.

*Mercredi 13 Septembre.* — Nuit pénible. Toux incessante. Léger stertor. Raucité forte. Déglutition difficile. La pupille de l'œil droit est dilatée, l'œil gauche est exophtalmié. La tumeur s'est accrue mais son développement occupe surtout le lobe gauche. La

consistance est molasse à droite, d'une dureté ligneuse à gauche. Le tour de cou est de 44 centimètres. Pour la température, le pouls et la respiration, voir le tableau ci-joint. Outre le traitement indiqué, je prescrais deux badigeonnages en vingt-quatre heures, de salicylate de méthyle.

*Vendredi 15 septembre.* — Tous les symptômes s'aggravent. Le tour de cou mesure 47 centimètres. J'ordonne d'appliquer 12 sangsues à la nuque, mais, sous prétexte que la perte de sang épuiserait le malade, l'entourage n'en voulut mettre que 6.

*Samedi 16 septembre.* — Nuit meilleure, la stertor a cessé, l'inégalité pupillaire disparaît, la déglutition se fait mieux à tel point que le sujet parvient, sans trop de peine, à manger une poire crue. Tour de cou = 44 centimètres.

*Lundi 18 septembre.* — Sur mes instances on consent à réappliquer 6 sangsues à la nuque. Deux jours après la tumeur a tant diminué que le tour de cou ne mesure plus que 41 centimètres.

*Jeudi 21 septembre.* — La tumeur augmente à nouveau, surtout au lobe droit dont la consistance devient dure. Le lobe gauche se ramollit sauf en deux points : l'un situé près du sommet et l'autre tout près du lobe médian. Ces deux points, grands chacun comme une pièce de 5 francs, sont d'une dureté cartilagineuse et un peu douloureux à la pression. Le tour du cou mesure 44 centimètres. Les veines sous-cutanées sont gonflées, saillantes.

*Vendredi 22 septembre.* — Le malade a ressenti quelques palpitations cardiaques durant la nuit. Il ne lui est pas possible de se coucher dans le lit : il reste assis la tête penchée en avant. La toux reprend incessante. La raucité et la dysphagie augmentent. L'exophtalmie gauche s'accroît. Le volume du cou augmente, il mesure en circonférence 46 centimètres. Malgré la saillie des veines, aucune cyanose ne s'observe à la face. Quant à la consistance de la tumeur j'ai pu observer un phénomène bien étrange : tel point dur le matin, se ramollit à midi pour redevenir ferme quelque temps après. Tel lobe est le plus développé à midi qui le sera le moins le soir. Bref : c'est dans l'épaisseur de la masse un changement incessant de consistance et cela indépendamment du volume total de la tumeur qui reste invariable.

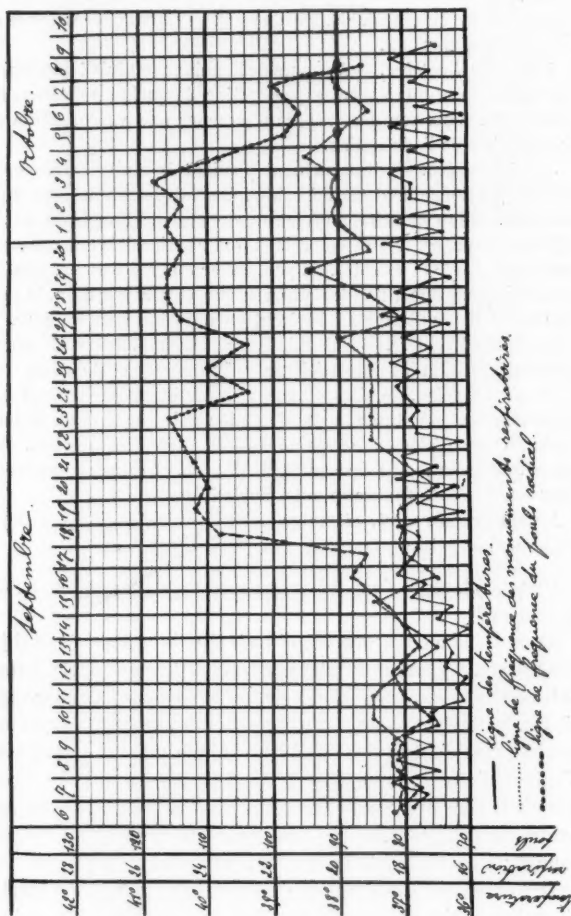
C'est là je pense un symptôme peu connu et des plus curieux : je pus observer son existence jusqu'à la fin de la maladie.

Il m'est impossible de faire l'examen laryngoscopique.

Je prescrais 1 gramme de Rodagen par jour à prendre en deux fois.

*Mardi 26 septembre.* — Le sujet est aphone.

La dilatation pupillaire gauche est maximum. L'œil droit est en exophtalmie. Le cou mesure 47 centimètres.



Jeudi 28 septembre. — La tumeur se développe vers le haut et gagne l'os hyoïde. D'une façon générale sa dureté augmente. Je

ponctionne à différents endroits et ne ramène qu'avec peine un peu de sang clair. L'ensemencement de tubes ne donne aucun résultat. La numération des globules du sang faite par l'appareil de Toma indique environ 5.000.000 d'hématies. L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal.

*Dimanche 1 octobre.* — Au cours de la nuit se produisit une légère crise de suffocation. Il y eût expectoration de quelques glaires sanguinolents. Voix soufflée. Espérant amener une vasoconstriction je prescrivis de l'adrénaline.

*Jeudi 5 octobre.* — Brusquement pendant la nuit, la tumeur a pris un développement considérable : elle fait saillie au-dessus du sternum. Le lobe gauche, dont le sommet arrive à l'angle du maxillaire inférieur, est le plus volumineux. Des varicosités apparaissent au niveau des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> côtes, en particulier du côté gauche. Sauf la bronchophonie due à l'obstacle mécanique de la respiration, la percussion et l'auscultation ne révèlent aucune lésion pulmonaire.

*Dimanche 8 octobre.* — Nuit relativement bonne. Par suite d'une fausse déglutition il se produisit un petit accès de suffocation.

*Lundi 9 octobre.* — Vers 8 heures du matin, en prenant un bol de lait, le malade fit une fausse déglutition qui provoqua un violent accès de toux. Cette crise à peine calmée, il se leva angoissé, oppressé, suffoquant, puis brusquement il pâlit et retomba haletant dans son fauteuil. Quinze minutes après il mourait.

A mon grand regret, et malgré mes vives instances, je n'ai pu prélever une petite parcelle de la glande thyroïde.

Que conclure de l'exposé de ce cas ? Quel diagnostic peut-on porter ?

Je crois pouvoir affirmer qu'il s'agit d'une thyroïdite dite congestive. « Tumeur du corps thyroïde » à coup sûr : la forme nette de la masse empêche, en dehors de tous autres symptômes, toute discussion. La photographie montre bien, ce me semble, que c'est la totalité de la glande qui fut entreprise. S'agit-il d'une inflammation ? D'une thyroïdite ? J'ai soigné le malade plusieurs années avant cette affection-ci pour amygdalite, laryngite aiguë et otite moyenne purulente aiguë gauche ; j'ai examiné son larynx, son cou : je puis certifier qu'il n'était pas porteur d'un goitre même petit. Ceci écarte l'hypothèse d'une strumite ou d'un cancer à marche rapide comme on en a décrit. Il faut donc bien admettre que ce fut une glande saine qui fut atteinte.



Ceci admis on ne peut plus hésiter qu'entre une thyroïdite infectieuse et une thyroïdite congestive.

Le début brusque; la marche rapide; la progression par poussées; les fluctuations de la consistance de la tumeur observées au cours de la maladie; l'absence d'infection ganglionnaire, de fièvre, d'œdème, de douleur; le résultat négatif de l'ensemencement du sang, plaident en faveur de l'hypothèse d'une simple congestion. Cette supposition se trouve même confirmée quand on recherche la cause de cette congestion.

Je puis éliminer la syphilis, la tuberculose et le paludisme. Le développement du corps thyroïde a suivi de trois jours la terminaison d'une angine vulgaire. J'ignore la nature du microbe ayant causé cette angine : ce fut une inflammation banale, couramment désignée sous le nom d'angine grippale. En outre cette angine s'accompagne de douleurs articulaires dans l'épaule droite, et cela chez un rhumatisant. Personne n'ignore la fréquence des poussées rhumatismales localisées à l'isthme du gosier. Il serait donc loisible de discuter la nature grippale ou rhumatismale de cette thyroïdite.

Dans son traité « corps thyroïde » le Professeur Bérard écrit : « les thyroïdites rhumatismales consistent plutôt en des congestions passagères qu'en des phlegmons réels... rarement ces poussées aboutissant à l'abcès ou à l'hypertrophie massive et durable. »

Par contre les thyroïdites grippales, dues en majorité au pneumocoque, tendent à la suppuration et s'abcèdent presque toujours. Il me paraît donc que le diagnostic de « thyroïdite congestive rhumatismale » peut être affirmé pour le cas présent.

Or, ces affections sont considérées comme bénignes : la guérison spontanée est de règle; et cette règle ne comporte que de fort rares exceptions, tellement rares même que certains auteurs ne peuvent admettre leur existence. C'est là ce qui m'a incité le plus à détailler la marche du cas présent.

---

## ABCÈS DU CERVEAU D'ORIGINE OTOGÈNE OPÉRATION. GUÉRISON

Par **BRUNEL**,

Otolaryngologiste de l'Hôpital de Versailles.

Si nous avons tenu à publier le cas suivant, c'est pour démontrer une fois de plus, combien graves et insidieuses pouvaient être les complications otitiques. Cette otite, négligée et considérée par le malade comme un très léger incident, a fort heureusement été envisagée d'une toute autre façon par le médecin traitant, le Dr Laurent, médecin de l'Hôpital.

Cette observation est la description complète de l'évolution d'un abcès du cerveau, nous y retrouvons : étiologie, pathogénie, symptômes.

Voici un malade atteint d'une otite qui coule pendant six semaines, cet écoulement est traité par le mépris le plus complet, l'indifférence la plus absolue. Or, cette otite, cause de tous les accidents, est grave, puisque la suppuration apparente, la seule qui compte aux yeux des gens mal informés, dure plusieurs semaines.

Pendant ce temps, des lésions d'ostéite condensante diffuse envahissent la mastoïde dans toute son étendue. La muqueuse antrale qui participe à l'infection de la caisse, continue à sécréter une goutte de pus qui s'extériorise par les voies naturelles, aditus et caisse, mais la sécrétion est si infime qu'elle n'arrive pas à souiller le conduit, elle passe inaperçue, c'est là le grand danger. Un jour, le drainage naturel ne se fait plus, soit qu'un obstacle quelconque ait inopinément surgi au niveau des voies naturelles, soit que la sécrétion ait augmenté. La corticale externe ne peut céder, l'autre est loin, le pus ne peut suivre qu'une route, la voie supérieure, qui le

met en rapport direct avec la dure-mère. Il n'en est séparé que par une mince, très mince, quelquefois déhiscente paroi osseuse, les toits de l'antre et de l'aditus. L'obstacle est vite franchi, l'abcès sous-dural formé. Lymphatiques, vaisseaux sanguine, se chargent d'aller porter plus loin l'infection qui déterminera la lésion mortelle : méningite ou abcès du cerveau. Le chemin parcouru, les étapes se retrouvent dans l'histoire de notre malade.

Voici l'histoire du malade.

OBSERVATION. — N. J..., 20 ans, garçon de salle, entre le 8 novembre 1911 à l'hôpital, salle Saint-Louis, pour une hémicrânie droite remontant à dix jours et obligeant le malade à garder la chambre. On ne note aucun antécédent héréditaire ou personnel sauf une otite droite, il y a deux ans, et qui aurait donné du pus, pendant six semaines environ. Cette otite n'a pas été soignée.

Le facies est grippé, la langue saburrale, la température peu élevée ne dépasse pas 38°, l'appétit est conservé, les fonctions intestinales se font normalement. Le malade ne se plaint que d'une céphalée intolérable, localisée à la moitié droite de la tête et d'une somnolence continue. Le pouls est à 40 degrés. On hésite entre le début d'une fièvre typhoïde ou d'une méningite. Une ponction lombaire faite, laisse échapper un liquide trouble, en hypertension manifeste. On retire 30 centimètres cubes de liquide.

Examen pratiqué par M. Debains, chef du laboratoire de l'hôpital.

Liquide trouble.

Dépôt assez abondant après la centrifugation.

Examen histologique. Le dépôt est exclusivement composé de leucocytes polynucléaires.

Examen bactériologique. Direct et après culture sur gélose ascite a donné un résultat négatif.

Trois jours après son entrée, le malade se plaint de bourdonnements et d'un léger écoulement séro-purulent de l'oreille droite. Cet écoulement n'a été précédé d'aucune douleur. Le Dr Laurent nous prie de bien vouloir examiner son malade. Nous constatons une légère sensibilité à la pression dans toute l'étendue de la mastoïde droite. L'examen direct nous montre un tympan rouge,



tendu, épaissi, avec un écoulement minime: large paracentèse, qui donne issue à très peu de liquide.

Passage en chirurgie le 14 novembre. Les symptômes locaux mastoïdiens et auriculaires s'améliorent peu à peu, l'apophyse n'est plus douloureuse à la pression ou à la percussion. A gauche, au contraire, quand on percute le mastoïde saine, on réveille de fortes douleurs dans la moitié droite de la tête. L'écoulement de l'oreille peut être considéré comme nul, le tympan cependant reste largement ouvert, il est toujours rouge et infiltré. La céphalée n'a pas diminué, elle est intense et sans répit, la somnolence est presque continue, le malade ne se réveille que pour se plaindre de la tête. Le pouls est toujours entre 48 et 52. La température ne dépasse pas 37°.5. Aucun trouble sensitif ou moteur, réflexes normaux, pas de troubles oculaires. L'appétit est resté bon. Cet état de stupeur dure jusqu'au 20 novembre sans amélioration. Nous nous décidons alors, malgré le peu de phénomènes locaux, à intervenir, à aller voir si une goutte de pus cachée dans un anstre profond ne serait pas la cause de ces troubles inquiétants.

Opération, mardi 21 novembre. — Incision de la peau dans le pli rétroauriculaire allant du bord supérieur à la pointe de la mastoïde. Le périoste adhère intimement à l'os sous-jacent, est difficilement décollé. Large trépanation de toute la corticale externe, de la pointe à la ligne temporo-maxillaire, du bord postérieur de l'apophyse au conduit externe qui est lui-même entamé. Le tissu osseux, éburné, dur comme de l'ivoire, sans aucune cellule dans toute son épaisseur, rend la trépanation ardue et longue. A 2 centimètres de profondeur, on trouve un anstre petit de 5 millimètres de diamètre environ, contenant du pus sous pression. On prolonge en haut la trépanation pour mettre à jour la fosse temporale, les toits de l'anstre et de l'attique sont abattus. Bien nous en prit d'aller plus haut et plus loin. Chaque coup de gouge fait sourdre entre la face interne du temporal et la dure-mère, un pus épais et verdâtre dont on peut évaluer la quantité à un dé à coudre. La dure-mère apparaît normale. La masse cérébrale ne paraît pas en hypertension, elle se laisse déprimer facilement. Après chaque coup de gouge, pour ne pas blesser la dure-mère, les esquilles sont soigneusement enlevées et cependant, malgré cette précaution, la tranchée osseuse se remplit vers la fin de l'intervention de liquide céphalo-rachidien. De crainte d'infecter cerveau et cavité pie-mérienne nous n'en franchissons pas les limites, nous réservant d'aller plus loin, si les phénomènes observés ne s'amendent pas. La plaie est laissée largement ouverte.

Suites opératoires du 21 au 23 novembre. — Le malade se sent soulagé, les nuits sont plus calmes, le facies meilleur, les douleurs de tête ont disparu, cependant, le pouls est toujours lent. On lève le pansement le 23, on ne trouve pas de pus dans la tranchée osseuse, ni sous la dure-mère, issue de liquide céphalo-rachidien. La percussion de la mastoïde gauche ne provoque plus de douleurs dans la moitié droite de la tête. Pas de température. Il y a une amélioration légère dans l'état général du malade qui reste cependant inquiétant.

Vendredi 24 novembre. — Cette amélioration disparaît d'ailleurs le lendemain pour faire place à un état de prostration et de stupeur qui rend le pronostic plus sévère encore. Le malade est plongé dans une somnolence continuelle dont on ne le tire qu'avec peine, il s'endort même en buvant. Ce matin, il se plaint nettement de la tête et dit souffrir comme avant l'opération. Le pouls est à 52 avec tendance à l'irrégularité. Devant un état aussi grave, nous nous décidons avec le Dr Broussin, chirurgien de l'Hôpital, à explorer immédiatement le cerveau.

Deuxième opération, 24 novembre. — Chloroforme. On agrandit à la pince-gouge la brèche temporale. Un trocart à hydrocèle est plongé à travers la dure-mère dans le lobe temporal du cerveau à deux centimètres et demi de profondeur, un liquide purulent verdâtre, bien lié, sans odeur, s'écoule immédiatement, dont on peut évaluer la quantité à un grand verre à madère.

La canule retirée, on fait une timide incision de la dure-mère pour introduire à frottement un drain d'un diamètre légèrement supérieur et préserver autant de possible les espaces pie-mériens.

Le pus examiné par M. Debains renferme de nombreux microbes: pneumocoques et les streptocoques; les pneumocoques forment les deux tiers du nombre total.

Suites opératoires. — Dès le lendemain, grande amélioration, le malade est complètement transfiguré, plus de céphalée, plus de somnolence, pas de température, pouls à 60. Le malade demande à manger. Le pansement est entièrement souillé, le drainage se fait d'une façon parfaite. Les pansements ont lieu tous les jours jusqu'au 7 décembre. On s'abstient de tout lavage, les pansements consistent dans un nettoyage à sec de tous les trajets osseux et intra-cérébraux avec des bourdonnets de coton stérilisé.

Du 7 au 16 décembre la suppuration se tarit peu à peu, les pansements ne sont plus faits que tous les deux jours en diminuant prudemment le drain de profondeur et de diamètre. Le

drain est retiré définitivement le 16 décembre, vingt-trois jours après l'ouverture de l'abcès.

Le 22 décembre le malade peut être considéré comme guéri. La plaie est complètement cicatrisée, le malade vit de la vie commune des convalescents. A ce moment seulement, le malade se plaint de voir trouble de l'œil droit depuis la deuxième intervention. Le Dr Soederlindh, oculiste de l'hôpital, examine le malade et constate : une parésie des pupilles à l'accommodation, une névrite optique avec œdème inflammatoire des deux pupilles, plus prononcée à droite. Ces phénomènes s'améliorent d'ailleurs progressivement et le malade sort de l'hôpital le 17 janvier.

De tels dégâts, croyons nous, ne resteront pas longtemps cachés sans nous être révélés, sans que l'alarme soit donnée au malade ou au médecin. Erreur absolue. L'abcès du cerveau, lent, insidieux dans son évolution ne se révélera que tardivement, alors que souvent il est trop tard pour porter utilement secours au malade. Quand la lésion est située dans l'hémisphère droit, nous n'assistons souvent qu'au cinquième acte du drame, celui du dénouement. De ce côté aucune localisation ne fait soupçonner la tumeur. Le malade se plaint de la tête, la céphalée est souvent intense, quelquefois localisée du côté de l'abcès comme dans le cas présent, mais pas toujours; lisez les cas rapportés. L'état du malade paraît grave sans que rien de très précis puisse mettre sur la voie du diagnostic, il est somnolent, dans un état de torpeur continuelle. Quelquefois, vomissements, vertiges, état saburral de la langue, comme dans toutes les infections. La fièvre, en général, est peu élevée. On tâte le pouls, il est faible, lent, bat entre 22 et 52, c'est le seul signe précieux qui puisse nous mettre sur la voie du diagnostic. Ce malade à aspect typhique, sans grosse température, avec un pouls aussi ralenti, porteur d'une otorrhée ancienne ou récente, est un malade à opérer sur-le-champ, sans attendre davantage, toute heure perdue est une chance de moins dans une guérison malheureusement exceptionnelle. Nous ne parlerons pas des signes oculaires : œdème de la papille, névrite du nerf optique, ils ne sont pas constants. La ponction lombaire pourra donner l'alarme et encore, ce sera quand les lésions seront irréparables. Le liquide est en général clair, eau de roche, en hypertension.

Il sort en jet d'urine. A gauche, au contraire, quelques signes de localisations : aphonie, agraphie... etc., nous mettront plus vite et plus facilement sur la voie du diagnostic, mais là encore trop tard, l'abcès sera formé.

On ne saurait donc assez répéter que toute affection otorrhéique ancienne ou récente doit être soignée sérieusement, surveillée de près pour faire face à la première alerte.

Même en l'absence de tout signe local, autre qu'un léger suintement à travers une perforation du tympan, ne faites plus grâce à l'otorrhéique qui maigrit sans cause et souffre de la tête sans raison, ouvrez largement, faites un évidement complet, mettez toute la région à ciel ouvert, vous gagnerez de vitesse les lésions, vous arriverez bon premier et sauverez le malade d'une complication mortelle dans la plupart des cas.

---

## ANALYSES

---

### I. — NEZ.

**La lutte contre le lupus et le vestibule nasal**, par GERBER (*Münchn. mediz. Wochens.*, n° 47, 1944).

On oublie trop souvent qu'on peut faire des diagnostics très importants dans le nez sans spéculum. C'est même une mauvaise habitude qu'ont beaucoup de rhinologistes de tout de suite prendre leur spéculum sans inspecter le nez, surtout l'entrée du nez, en retournant simplement le lobule du nez. Parfois il sera intéressant d'insinuer un petit miroir, destiné à la rhinoscopie postérieure dans le vestibule nasal. Gerber a construit un miroir spécial à cet effet qui, comme il dit, n'aurait-il pas d'autre but que de rappeler par sa forme spéciale la nécessité d'inspecter le vestibule nasal, qu'il rendrait déjà des services. Quant au reste de l'article il traite du lupus du vestibule nasal comme première manifestation du lupus du nez et de la face en général.

LAUTMANN.

**Sur un syndrome complexe produit par un gros rhinolith**, par TORMENE ERICON (*Bolletino delle malattie dell' orecchio*, mai 1944, n° 5, année XXIX).

Femme de 43 ans présentant de l'otorrhée gauche, une névrite de la cinquième paire, des bruits persistants de l'oreille gauche, des accès épileptiformes (quatre ou cinq par mois), des vertiges fréquents (presque quotidiens), de l'énurésie nocturne (intermittente).

A l'examen objectif, on constata dans la partie moyenne de la narine gauche un amas grisâtre, opaque, d'apparence irrégulière, adhérent à la cloison. Cet amas occupait la partie supérieure et postérieure de la cavité nasale.

A la rhinoscopie postérieure, la choane gauche était presque entièrement occupée par une masse sombre couverte de mucosités. L'exploration digitale confirma la dureté et l'immobilité de cette masse. Il s'agissait d'un rhinolith qui fut extrait. Dans les cinq

premier jours, la malade éprouvait des vertiges constants chaque fois qu'elle soulevait la tête ou le corps du lit; le troisième jour, elle eut des accès épileptiformes et de la céphalée; le septième jour et pour la première fois après tant d'années elle put se soulever du lit sans éprouver de vertiges; le quinzième jour, les bourdonnements subjectifs de l'oreille s'étaient atténués et n'apparaissaient plus que pendant quelques heures dans la matinée. Les vertiges cessèrent, l'énurésie également au bout de trois jours.

Après l'opération, la douleur du sinus frontal disparut, la sécrétion auriculaire diminua de quantité et devint séreuse.

Enfin la malade put être déclarée complètement guérie,

M. BOULAY.

**Les polypes du nez,** par CRAWFORD McCULLOUGH (*Laryngoscope*, n° 1, 1914).

Depuis que l'auteur est convaincu que la présence d'un polype dans le nez indique toujours une autre maladie ses succès opératoires dans le traitement des polypes du nez sont devenus plus grands. Nous ne pouvions pas priver nos lecteurs de cette constatation. Bien entendu, pour avoir d'aussi bons résultats que McCullough, il ne faut pas craindre de sacrifier un cornet moyen. S'il existe une déviation de la cloison, il va sans dire qu'on l'opère. Du reste l'auteur n'hésite pas à ouvrir, ne serait-ce qu'à fin d'exploration, le sinus ethmoïdal. Il est regrettable que l'auteur ne nous apporte pas une statistique personnelle ni quelques observations; il se contente simplement de nous donner quelques renseignements généraux. Il est certain de nettoyer grosso modo les fosses nasales des polypes. C'est dans beaucoup de cas certainement insuffisant et la pratique de ceux qui curettent le sinus ethmoïdal et le sinus sphénoïdal pourrait être plus souvent imitée.

LAUTMANN.

**Les sinusites maxillaires. Pathologie, diagnostic et traitement,** par G.-P. TUNIS (*Laryngoscope*, octobre 1910).

L'atlas de Zuckerkandl n'est pas inconnu à l'auteur et néanmoins il a cru intéressant de disséquer une centaine de têtes pour essayer de trouver des détails anatomiques inconnus sur ce sujet. Qu'il ait trouvé plus d'un tiers de ces têtes avec des signes de sinusite maxillaire ne nous surprend pas, depuis que nous savons que des altérations cadavériques peuvent donner le change avec une

sinusite vraie. Plus intéressant est un cas clinique concernant une femme morte d'abcès du cerveau consécutif à une otite aiguë et chez laquelle deux rhinologistes très expérimentés ont nié l'existence d'une sinusite maxillaire, et pourtant cette femme a montré à l'autopsie une sinusite maxillaire nettement développée. Il nous semble cependant que l'auteur exagère en supposant que nombre des sujets autopsiés par lui ont dû mourir de sinusite maxillaire méconnue. Une autre constatation est la rareté de la sinusite maxillaire, tuberculeuse même, chez des sujets morts de cachexie tuberculeuse. Rares sont aussi les vraies tumeurs dans le sinus maxillaire. Par contre, les kystes se trouvent assez souvent. Quant au pourcentage des sinusites d'origine dentaire d'avec les sinusites d'autre origine, Tunis estime qu'on peut l'établir de 4 à 10, c'est-à-dire sur 9 sinusites rhinogènes, il y a une sinusite d'origine dentaire. Quant au traitement, Tunis a eu occasion de faire plusieurs fois le Caldwell-Luc sous anesthésie locale. Pendant cette opération, le temps le plus difficile est celui où l'on abat la paroi osseuse médiane du sinus. Tunis fait un lambeau de muqueuse nasale qu'il applatit sur le plancher sinusal pour hâter la guérison, mais il croit que celle-ci n'est obtenue qu'au bout de trois à quatre mois de traitement secondaire. En terminant, il ajoute la description de la méthode du professeur Ghon pour la dissection de la tête. Malheureusement cette description aurait dû être plus précise.

LAUTMANN.

**Le traitement de la sinusite maxillaire chronique avec résection temporaire du cornet inférieur**, par O. HIRSCH. (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 6, 1911).

Il est certain que plus on a la maîtrise de la technique de la chirurgie endo-nasale, moins on se décide à supprimer des parties constituant les fosses nasales. Le procédé qu'indique Hirsch offre les avantages de permettre l'ouverture endo-nasale du sinus maxillaire avec une brèche persistante, sans sacrifice d'aucune partie importante de la fosse nasale et surtout avec conservation du cornet inférieur. Voici le procédé.

Anesthésie du cornet inférieur dans sa partie concave et convexe, infiltration d'une solution anesthésiante dans la muqueuse, derrière l'aile du nez, autour de l'aperture pyriforme jusqu'au milieu du cornet inférieur. Le temps de l'anesthésie paraît un peu difficile. Avec une aiguille un peu courbée cette difficulté peut être diminuée. Au bout de dix minutes, incision de la muqueuse au-devant du

cornet inférieur sur une longueur de 4 centimètre. Cette ligne verticale est conduite horizontalement au-dessus du cornet inférieur sur la même longueur. On peut ajouter surtout si le cornet inférieur est fixé trop en arrière, une autre incision horizontale enbas. On peut ainsi préparer un lambeau sur la paroi latérale de la fosse nasale jusqu'à ce que l'os du cornet inférieur devienne visible. On fait une incision sur cet os en haut et une autre horizontale pour séparer l'os de son insertion sur la paroi latérale. Par ces deux incisions l'os devient mobile et peut être luxé vers le septum, ensuite la muqueuse de la paroi latérale au-dessous de la section du cornet inférieur est incisée et la muqueuse séparée de l'os de façon à former un large lambeau. Le lambeau est momentanément appuyé contre le plancher de la fosse nasale. Ensuite on fait la brèche dans le sinus de la façon connue. Le lambeau de la muqueuse est maintenant étalé sur la brèche dans le sinus maxillaire. Le cornet inférieur luxé est reposé à sa place et fixé par une suture; cette suture de la muqueuse est bien facile à faire avec l'aiguille de Killian. Une seule suture suffit. L'opération dure, sans compter l'anesthésie, 40 à 45 minutes. Après l'opération on introduit un tampon à la gaze iodoformée entre septum et le cornet inférieur. Le tampon est enlevé le lendemain. Pour le traitement ultérieur, il n'est pas besoin de faire des lavages, la sécrétion s'arrête d'elle-même. On se contente seulement de badigeonner à 5 p. 100 la brèche opératoire avec une solution de nitrate d'argent.

Hirsch a opéré 62 malades d'après cette méthode chez lesquels la sinusite datait de plusieurs années et chez lesquels des lavages perméatiques en série n'ont pas amené la moindre diminution de la sécrétion. La grande majorité de ces malades ne présentaient, 4 à 8 semaines après l'opération, qu'une légère sécrétion séreuse.

LAUTMANN.

**Le sinus maxillaire et ses rapports chez le fœtus, l'enfant et l'adulte,** par PARSONS SCHAEFFER (*Annales of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology*, décembre 1911).

L'ébauche du sinus maxillaire apparaît au cours du troisième mois de la vie intra-utérine, sous forme d'un petit sac épithélial invaginé et se développant d'abord inférieurement, plus tard plus latéralement, de l'extrémité dorsale de l'infundibulum ethmoïdal primitif. La poche maxillaire primitive peut être double. Dans quelques cas cela peut expliquer le dédoublement de l'ostium maxillaire du sinus adulte. L'ostium maxillaire primitif varie beau-



coup par ses dimensions chez différents fœtus. Ceci s'accorde entièrement avec l'état adulte, car l'ostium du sinus adulte présente, suivant les sujets, des dimensions fort variables. La dentition paraît n'exercer que peu d'influence sur le volume de la cavité. L'âge de l'enfant et les dimensions du sinus progressent parallèlement. La cavité s'agrandit par le développement simultané du sac et la résorption du tissu environnant. Ces deux processus ont lieu *pari passu* avec le développement de la face. Chez le fœtus à terme les dimensions ventrodorsales sont d'environ 7 millimètres et chez un enfant de 20 mois de 20 millimètres. La cavité atteint son développement complet entre 14 et 18 ans.

Les chiffres suivants sont les dimensions moyennes du sinus maxillaire adulte basées sur les mensurations de 90 spécimens adultes : diagonale dorso-supérieure 38 millimètres ; ventro-supérieure 38,5 millimètres ; supéro-inférieure 33 millimètres ; ventrodorsale 34 millimètres ; médio-latérale 23 millimètres. La cavité du sinus varie de 9,5 centimètres cubes à 20 centimètres cubes, avec une moyenne de 14,75 centimètres cubes. Dans la majorité des cas le plancher sinusien est situé à un niveau inférieur à celui du plancher du nez. Cette distance varie de  $1/2$  à 10 millimètres. Le sexe a peu d'influence sur cette relation. Le nombre de dents qui ont une relation directe avec le sinus est inconstant ; cela est dû à la grande différence dans le volume de la cavité chez différents individus. Les 3 dents les plus constantes sont les 3 molaires.

Fréquemment les parois du sinus sont inégales et raboteuses, parsemées d'épines et de crêtes. Ces proéminences forment des poches et des recessus dans la cavité. Occasionnellement, la cavité peut être divisée par une cloison en deux compartiments nettement séparés, ayant chacun un orifice indépendant dans la fosse nasale et sans communiquer l'un avec l'autre. Non seulement le sinus adulte varie beaucoup de volume suivant les individus, mais souvent on observe chez le même individu une différence marquée entre les deux sinus maxillaires. Les dimensions de l'ostium maxillaire adulte sont variables ; celui-ci est situé à la partie supéro-ventrale de la base de la cavité ; parfois il peut être double. L'ostium accessoire est très fréquent ; l'auteur l'a observé dans 43 p. 100 de ces cas ; il fait défaut chez le fœtus et l'enfant.

Sur les spécimens étudiés pour déterminer les relations fronto-maxillaires, 56 p. 100 montraient que l'infundibulum éthmoïdal affectait des rapports intimes avec le conduit nasofrontal ou avec le sinus frontal directement ; dans 40 p. 100 des cas le conduit nasofrontal communiquait directement avec le méat moyen, l'infundibulum

ethmoïdal se terminant soit en cul-de-sac, soit dans une cellule pneumatique; deux fois on a trouvé deux conduits naso-frontaux, un continu avec l'infundibulum, l'autre communiquant avec le méat moyen; dans un cas les sinus maxillaire et frontal communiquaient directement. Comme l'infundibulum ethmoïdal reçoit l'ostium maxillaire à son extrémité dorso-inférieure dans tous les cas et le conduit naso-frontal ou le sinus frontal, à son extrémité ventro-supérieure dans plus de la moitié des cas, il forme une sorte de canal faisant communiquer la région frontale et le sinus maxillaire. C'est pourquoi le sinus maxillaire agit comme un réservoir pour les sécrétions fluides arrivant à l'extrémité dorsale de l'infundibulum. Souvent l'apophyse unciforme par une courbure supérieure à son extrémité dorsale fait que l'infundibulum se termine en une sorte de poche. Celle-ci est située de telle façon qu'elle dirige les liquides arrivant à l'extrémité dorsale de l'infundibulum dans le sinus maxillaire par l'ostium maxillaire qui se trouve dans son voisinage immédiat.

Occasionnellement, des rameaux des nerfs alvéolaires supérieurs en se portant vers le plexus dentaire supérieur traversent entièrement les parois du sinus et de là se rendent à leur destination, protégés par la muqueuse de la cavité. Rarement, le rameau alvéolaire antéro-supérieur, au lieu de suivre son trajet ordinaire, passe en diagonale de la voûte du sinus à sa paroi ventrale, le nerf ainsi suspendu librement dans la cavité est tout simplement recouvert par la muqueuse.

TRIVAS.

**Les kystes osseux de l'antre d'Highmore**, par FLETCHER (*Journal of ophtalmology and Otolaryngology*, janvier 1911).

Les kystes osseux de l'antre d'Highmore se développent dans l'apophyse alvéolaire et peuvent s'étendre aux cavités antrale, nasale et buccale. Ils diffèrent d'un antre cloisonné en ce qu'ils ont comme revêtement, seulement deux couches membraneuses; une de tissu connectif, et l'autre épithéliale.

Le liquide stérile contient des cristaux de cholestérine; leur intérieur ne communique avec aucune partie de l'antre ou du nez quand il n'est pas infecté.

Leur diagnostic se fera par leur évolution longue et indolente; par la tuméfaction dans le voisinage de la fosse canine et la crépitation. Comme traitement, on enlèvera la paroi antérieure et, après avoir disséqué la membrane de revêtement, on stérilisera la cavité et on fracturera ses diverses parois.

**Technique de l'opération endo-nasale de la sinusite ethmoïdale**  
y compris sinusite sphénoïdale et frontale), par STENGER (*Zeitsch.  
f. Ohrenh.*, LXIV, n° 1).

L'ouverture endo-nasale du sinus ethmoïdal est une opération dont l'indication se pose à chacun de nous presque quotidiennement. Ce n'est pas le lieu ici d'indiquer combien de suppurations nasales, de rhinorrhées, de céphalées, d'otites, de pharyngites et d'affections oculaires sont uniquement dues à une ethmoïdite ou suppurée ou hyperplasique. Néanmoins, le curettage du sinus ethmoïdal n'est pas encore une opération de la chirurgie nasale courante. En réfléchissant, on trouvera bien vite que ce ne sont pas tant les difficultés inhérentes à l'opération qui expliquent le peu de faveur dont jouit l'opération que la défectuosité des instruments indiqués jusqu'à présent. L'instrumentation de Hajek, sous forme de crochets et de curettes, maniés dans un endroit où la lame papyracée et la lame criblée sont des parois qu'il ne faut léser à aucun prix, est celle qui est le plus en vogue parce que la plus pratique, mais combien dangereuse ! Killian a bien proposé déjà en 1900 la pince de Hartmann pour l'ouverture du sinus ethmoïdal. Si une telle recommandation est restée sans écho, l'explication est bien simple, c'est qu'il n'est pas facile à tout le monde d'ouvrir le sinus ethmoïdal avec la pince de Hartmann. Ceux qui se servent des pinces plates de Luc dans cette région ne le font pas sans un certain degré d'appréhension ; nous croyons bien faire en exposant le procédé suivant de Stenger qui, durant les sept dernières années pendant lesquelles il lui est resté fidèle, lui a rendu des services constants.

Stenger résèque toujours la partie antérieure du cornet moyen et si nécessaire, il enlève le cornet moyen en totalité. Dans un second temps, la bulle est ouverte avec la pince de Heymann. A partir de ce moment, il faut se rappeler que le labyrinthe ethmoïdal est constitué par des cellules dont les parois sont perpendiculaires sur les parois qu'il ne faut pas léser (lame papyracée et le plancher de la fosse cérébrale antérieure et moyenne). Il faut se rappeler aussi que ces parois dangereuses sont lisses, une fois que les cellules ethmoïdales ont été enlevées. Pour ouvrir ces cellules ethmoïdales une à une et enlever leurs parois, Stenger emploie la pince de Hartmann modifiée en ce sens que les deux mors se trouvent dans un plan sagittal. On n'appuie pas, on n'arrache pas, on ne gratte pas avec cet instrument, on pince seulement et on enlève ainsi tout ce qui n'est pas uni, et tout ce qui, de ce fait, doit être enlevé. Une fois le sinus ethmoïdal antérieur ouvert, on peut attaquer les cel-

lules de l'infundibulum autour du canal naso-frontal. L'ouverture de l'ethmoïde postérieur n'offre pas de difficultés spéciales. On peut arriver ainsi jusqu'à la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. Pour ouvrir le sinus sphénoïdal, Stanger propose de perforer la paroi antérieure du sinus à côté de l'ostium, car cette paroi a la minceur d'une feuille de papier. Il suffit d'enfoncer cette paroi et d'enlever le reste avec la pince de Heymann. Souvent après ouverture de l'ethmoïde postérieur on entre directement dans le sinus sphénoïdal tout naturellement.

Nous ne rapportons pas le procédé opératoire pour l'ouverture endo-nasale du sinus frontal, l'auteur nous ayant promis une publication plus détaillée à ce sujet.

LAUTMANN.

**Le champ visuel dans les sinusites ethmoidales et sphénoïdales,**  
par WALLIS (*Journal of Laryng.*, n° 5, 1911).

Il nous est impossible d'entrer dans tous les détails ophtalmologiques que rapporte l'auteur. Du reste, il nous semble, en nous rapportant aux recherches d'autres auteurs, que les résultats de Wallis sont trop uniformément positifs; ainsi, par exemple, il trouve que dans tous les cas de sinusite postérieure il existe un rétrécissement du champ visuel, ou, par exemple, que l'hémianopsie bitemporale est caractéristique pour la sinusite chronique du groupe postérieur. De même le scotome central dans la sinusite aiguë ne doit pas être une trouvaille journalière. Nous ne croyons pas qu'il faille recourir au périmètre pour savoir s'il s'agit de sinusite ou non. Par contre, nous savons que dans les cas suspects un scotome pour les couleurs peut être une indication utile, mais c'est chose connue des ophtalmologistes.

LAUTMANN.

**Le champ visuel dans les sinusites antérieures,** par WALLIS  
(*Journal of Laryngology*, n° 10, 1911).

Nous autres rhinologistes avons peu l'occasion de rechercher le champ visuel chez nos malades. Personnellement, on tiendra compte de l'opinion des neurologistes sur ce point, nous ne croyons pas que ce soit un moyen fidèle pour nous permettre le diagnostic d'une sinusite. Wallis a une autre opinion sur cette recherche et il croit qu'un rétrécissement périphérique du champ visuel se trouve dans 90 p. 100 des cas de sinusite antérieure. Il croit que ce

rétrécissement du champ visuel est dû à une action toxique sur le nerf optique. Les observations rapportées sont beaucoup trop sommaires. Leur lecture nous permet pourtant de remarquer, qu'à part quelques exceptions, le champ visuel n'est pas devenu normal même après l'opération.

LAUTMANN.

**L'ethmoïdite non suppurée**, par G.-P. MARQUIS (*Laryngoscope*, janvier 1914).

Si l'auteur n'était pas si visiblement sous la domination des idées de Uffenorde, nous aurions certainement rapporté cet article avec détails. Nos lecteurs connaissent ces idées, savent que sous le nom d'ethmoïdite hyperplastique, Uffenorde range une forme de l'inflammation de la muqueuse de toute la région du méat moyen qui, dans ses formes les moins développées, se présente comme un épaissement de la muqueuse, et qui, dans ses formes les plus prononcées, constitue ce que nous appelons les polypes du nez. Qu'il y ait ou non suppuration concomitante, l'ethmoïdite existe. Si maintenant le malade se plaint d'un complexe symptomatique comme céphalée, obstruction nasale, troubles auriculaires, etc. il y a indication pour un traitement chirurgical de cette ethmoïdite.

Marquis a fait complètement siennes ces idées de Uffenorde. Ainsi par exemple il dit que souvent à l'examen on ne trouve rien autre qu'une muqueuse épaissie et œdématiée sur le cornet moyen. Après luxation du cornet moyen et élargissement du méat moyen ou ouverture du sinus ethmoïdal on peut trouver des polypes dans le sinus ethmoïdal. La luxation du cornet moyen faite uniquement parce que la muqueuse du cornet paraît épaissie passe encore, mais il nous semble qu'ouvrir le sinus ethmoïdal sur un si faible indice est trop élargir les indications pour cette opération. Du reste toute cette question de l'ethmoïdite demande une révision. Ainsi, par exemple, Marquis semble considérer toutes les formes d'hydrorrhée nasale comme dues à l'ethmoïdite, d'où le traitement qui diffère évidemment de celui du rhinologiste qui considère que cette hydrorrhée est d'origine nerveuse.

LAUTMANN.

**Sinusite frontale**, par I.-T. CREBBIN (*Journal of Ophthalmology and Otolaryngology*, n° 4, 1911).

S'est-il agi de sinusite frontale ou d'autre chose. L'article de Crebbin est intéressant au plus haut point parce que, aussi erronée

que soit une interprétation, les faits restent les faits. Et voici ces faits. Dans le premier cas, une femme de 62 ans fait une affection de l'œil, un glaucome (?) pour laquelle tous les oculistes étaient unanimes à conseiller l'énucléation (?) Devant le refus de la malade, Crebbin essaye un traitement intra-nasal; la malade guérit de son affection oculaire.

Le deuxième cas est à peu près analogue avec cette différence que Crebbin a obtenu seulement une amélioration pour quelques mois. Enfin le troisième cas concerne la femme d'un médecin qui pour une céphalée tenace a été traitée et opérée tour à tour par les représentants de toutes les spécialités, gynécologue, oculiste, etc. L'auteur pose de nouveau le diagnostic de glaucome et sinusite et a la chance de guérir cette malade qui, « depuis 8 ans, était exilée de l'église et de la société, se refusait à la lecture et à tous les plaisirs ».

Nous saisissons l'occasion de rappeler l'importance des sinusites latentes dans la symptomatologie nerveuse de la tête.

LAUTMANN.

**De la cure radicale de la sinusite frontale. Type d'opération le mieux adapté à la cure du sinus avec un minimum de déformation externe, JOHN MACKENZY ET BERNARD COCKS (*Medical Record*, 1<sup>er</sup> juillet 1911).**

Le grave reproche qu'on peut faire à l'opération de Killian, c'est la déformation faciale inévitable qui résulte de l'ablation de la paroi antérieure du sinus et qui est d'autant plus marquée que le sinus est plus profond.

C'est principalement pour cette raison, éviter de mauvais résultats esthétiques, que les auteurs ont essayé, dans une série de cas de sinusite frontale, d'opérer par une méthode quelque peu différente.

Cette méthode qui, à vrai dire, n'est autre que celle que Knapp a décrite dans *The journal of the American medical Association*, 28 juillet 1908, leur a permis d'obtenir la guérison de l'affection sinusienne avec une déformation pratiquement nulle.

Voici brièvement résumée la description de ce procédé.

Après l'insertion d'un tampon rétronasal, on pratique une incision semi-lunaire allant de l'angle externe de l'orbite, passant par le sourcil et descendant en bas sur le côté du nez jusqu'au niveau du plancher de l'orbite. Cette incision traverse le périoste jusqu'à l'os. Le périoste est alors séparé de la paroi interne de l'orbite. La poulie de l'oblique supérieur est détachée de son attache osseuse et

repoussée de côté avec le périoste de l'orbite. Le globe oculaire est abaissé et maintenu avec un écarteur mousse. Le sac lacrymal est soulevé de sa gouttière en ayant soin de ne pas blesser le canal. Ceci fait, on enlève successivement tout le plancher du sinus frontal ainsi que l'apophyse nasale du maxillaire supérieur l'unguis et, si besoin est, une partie de l'os propre du nez. Le labyrinthe ethmoïdal est entièrement détruit, y compris la lame osseuse formant la paroi interne de l'orbite. S'il existe une indication, on enlève la paroi antérieure du sphénoïdal. On obtient ainsi un large et libre accès dans le nez.

Dans de petits sinus, l'ablation du plancher suffit ordinairement, mais quand on se trouve en présence de sinus très développés en hauteur comme dans certains cas des auteurs, il est généralement nécessaire de faire une fenêtre dans la paroi antérieure afin d'inspecter et de cureter toutes les parties de la cavité. On maintiendra en tout cas, sur le rebord sus-orbitaire, un large pont osseux, aussi large que la largeur de l'index, pour conserver le contour normal. Le cornet moyen, à moins de l'avoir été antérieurement, sera reséqué dans la même séance. La plaie extérieure sera fermée par des sutures. On appliquera un point de suture au périoste, dans l'angle interne de l'œil, pour maintenir la poulie de l'oblique supérieur dans sa position propre. Toutes les sutures cutanées, sauf une, dans l'angle interne de l'œil, seront enlevées dans les 24 heures pour éviter des cicatrices consécutives. Un petit drain sera inséré par le sinus dans le nez jusqu'au lendemain. Aucun drainage externe n'est nécessaire.

Cette opération diffère de celle de Killian par : 1° la manière d'inciser le périoste ; 2° le traitement de la paroi antérieure ; la façon de manier la poulie de l'oblique supérieur ; 3° l'ablation totale du plancher du sinus frontal.

Sur la méthode de Killian, ce procédé présente les avantages suivants : 1° on évite la déformation faciale ; 2° le déplacement du tendon de l'oblique supérieur facilite l'ablation du plancher du sinus, surtout dans les cas où il s'étend beaucoup en arrière sur une distance considérable ; 3° ce procédé est particulièrement indiqué dans le traitement de cas qui s'accompagnent de perforation dans l'orbite avec production de phlegmon orbitaire. S'il y a une diplopie, elle est transitoire et disparaît ordinairement au bout de dix à quinze jours.

TRIVAS.

**Abcès du lobe frontal consécutif à une sinusite fron-**

**tale chronique-érysipèle associé à une mastoïdite aiguë**, par  
ALBERT WIENE, (*Medical Record*, 22 octobre 1910).

Le malade, âgé de 26 ans, a été admis à l'hôpital pour une céphalée persistante dans la région frontale droite. Il y a quatre ans, il était atteint d'une sinusite frontale droite ayant nécessité, dans l'espace d'un an, deux interventions successives par voie externe. Depuis il s'est obstinément refusé à toute nouvelle opération, malgré les atroces céphalées dont il souffrait et qui s'irradiaient de la région frontale à toute la tête. Ecoulement périodique de pus par une fistule qui existait à la partie inféro-interne d'une dépression située dans la région du sinus frontal. Après chaque décharge de pus, les céphalées disparaissaient pendant un court espace de temps. Pas de vomissements, ni de vertiges. L'examen de la fosse nasale droite fit constater l'absence de pus, de tuméfaction des cornets et de dégénérescence polypoïde. Vision parfaite; fond de l'œil normal. Depuis quelque temps le malade était devenu irritable et la mémoire lui faisait défaut. Soupçonnant une complication intracranienne, l'auteur proposa une opération, mais le malade ayant repoussé l'offre quitta l'hôpital. Il y a été ramené 15 jours après dans un état semi-comateux, passant d'une attaque convulsive dans une autre. Les convulsions n'étaient pas du type Jacksonien, mais généralisées à tout le corps.

Opération: Large ouverture du sinus. Sur la partie supéro-interne de la paroi postérieure on trouva un petit orifice des dimensions d'un petit bouton de soulier. Un stylet inséré entra dans une cavité à une profondeur de trois pouces et demi et ramena une demi-cuillerée à café de pus. Mise à nu, sur une largeur d'une pièce de 25 cents, de la dure-mère qui était couverte de granulations. Incision cruciale de la membrane duremérienne qui mena directement dans la cavité absédée. Après évacuation d'une grande quantité de pus, évaluée à 4 onces (120 grammes), on put se rendre compte des dimensions de l'abcès qui avait le volume du poing d'un petit enfant. Tamponnement de la cavité à la gaze iodoformée. Pansements journaliers. Suites opératoires normales. Disparition complète des céphalées et des autres symptômes. Guérison au bout de sept semaines. Revu un an après le malade se portait très bien et n'accusait aucune récidive des troubles antérieurs.

Dans le second cas il s'agissait d'une femme de 45 ans, admise à l'hôpital le 24 novembre 1909 pour de violentes douleurs dans l'oreille gauche accompagnées d'une tuméfaction très douloureuse à la pression en avant et au-dessus du lobule du même côté.



La malade affirmait avoir eu plusieurs attaques de cette nature qui s'étaient toujours terminées par un érysipèle. La tuméfaction occupait la région de la glande parotide; elle était extrêmement sensible au toucher, mais la peau la recouvrant ne présentait pas la moindre trace de rougeur. Conduit auditif normal; tympan rouge et légèrement voussuré. Ouïe diminuée. Pas de douleurs, ni œdème sur l'apophyse mastoïde. Paracentèse du tympan suivie d'un écoulement de quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent. Le surlendemain élévation brusque de la température et apparition d'un érysipèle qui s'étendait de la région parotidienne directement sur l'apophyse mastoïde. Successivement l'érysipèle envahit la face, le cou, le thorax et le cuir chevelu. Le sixième jour frisson suivi d'une ascension du thermomètre à 40°. Le lendemain on constata un œdème marqué de la mastoïde avec douleur à la pression. Malgré la présence de l'érysipèle, l'auteur n'hésita pas à ouvrir la mastoïde dans le but d'empêcher des complications plus graves. L'état de l'antre a pleinement justifié cette façon de faire. Après des oscillations thermiques assez marquées pendant les premiers jours de l'opération, la température descendit à la normale et la malade entra en convalescence. La guérison a été complète au bout de six semaines.

TRIVAS.

**Sur la spongieuse (éburation) du sinus frontal, par PREYSING**  
*Zeitsch. f. Laryng.* (III, n° 4).

Le processus pathologique dont parle Preysing et qui, au point de vue du diagnostic, peut offrir de très grandes difficultés, nous sera plus facile à comprendre si nous rappelons une analogie qu'on rencontre dans l'apophyse mastoïde. A la suite d'une otite nous voyons que les cellules de l'apophyse mastoïde disparaissent de plus en plus et font place à un tissu osseux (éburation de l'os). Avant d'arriver à cette phase où l'apophyse mastoïde est constituée pour ainsi dire par un tissu d'os compact, il existe une période où l'apophyse mastoïde est seulement spongieuse. On sait que ce processus aujourd'hui très connu de tous les otologistes s'accompagne même, en l'absence de toute otite en évolution, de douleurs de forme névralgique très prononcées. Très souvent le seul remède efficace est l'excision de ce bloc osseux. Tout ce que nous venons de dire de la mastoïde peut se rapporter au sinus frontal. Preysing a eu occasion d'observer 8 cas de spongieuse du sinus frontal dans lesquels 6 fois le spongieux s'était établi dans les deux sinus

frontaux. Dans aucun des cas et à aucun moment n'existaient des signes de suppuration du sinus frontal. La radiographie montrait l'absence du sinus frontal. Probablement le meilleur traitement de cette affection douloureuse sera l'excision de tout l'os spongieux. Preysing ne fait pas l'historique de la question et ne mentionne pas les autres auteurs qui avant lui ont déjà décrit cette spongieuse du sinus frontal.

LAUTMANN

**Sur le traitement conservateur des sinusites subaiguës et chroniques, par SACK (*Monatsch. f. Ohrenh.* n° 4, 1911).**

L'auteur pense que les sinusites sont très fréquentes chez les enfants, et que chaque sécrétion chronique tenace du nez pour laquelle une autre étiologie (corps étranger, carie, etc.) n'est pas manifeste est d'origine sinusale. Pour guérir ces sinusites Sack conseille de cautériser le cornet inférieur et le méat moyen au-dessous du cornet moyen, par l'acide trichloracétique. L'auteur emploie l'acide trichloracétique dans la fonte olfactive. Son but est de cautériser l'ostium naturel des différents sinus, pour permettre un meilleur drainage. Sack croit qu'après trois à cinq cautérisations, les malades sont tellement soulagés qu'ils pensent pouvoir renoncer à une continuation du traitement. Il recommande cette méthode dans le traitement des sinusites subaiguës et chroniques.

LAUTMANN

**Cas compliqués de sinusites, par UFFENORDE (*Zeitsch. f. Laryng.*, t. III, n° 6).**

Nous avons lu avec attention les 37 observations publiées par l'auteur et toujours, nous avons rencontré comme complication principale la participation de l'œil à la sinusite. Il est exceptionnel qu'un rhinologiste puisse avoir occasion d'intervenir et d'opérer souvent pour des sinusites compliquées d'affection oculaire. Ceci n'est possible que par la collaboration d'un oculiste qui aura compris que toutes les fois qu'il s'agit d'œdème des paupières ou d'emphysème récidivant, de suppurations de l'orbite, voire même de névrite rétro-bulbaire, de papillite dont l'explication n'est pas évidente, la tâche de l'oculiste est terminée et que celle du rhinologiste commence. C'est à nous rhinologistes qu'incombe le devoir de propager ces idées parmi les oculistes pour créer des collaborations aussi heureuses que celles dont dispose Uffenorde.

Peut-être faudra-t-il aussi que le rhinologiste approfondisse un peu ses connaissances des sinusites. Il est certain qu'il existe des rhinologistes qui ne sont pas de l'avis de Uffenorde en ce qui concerne le diagnostic de la sinusite, surtout ethmoïdale : « La suppuration (dans la sinusite ethmoïdale) n'a aucun rapport avec la formation des polypes. Quand il existe des polypes, la formation du pus est généralement un phénomène secondaire. Les cas typiques de sinusite chronique ne mènent pas à la formation des polypes, et conduisent plutôt à l'atrophie de la cavité sinusale ». Nous ferons remarquer la facilité avec laquelle Uffenorde diagnostique l'existence d'une sinusite, dès qu'il constate un peu d'épaississement dans la région ethmoïdale. Il est vrai qu'il n'est pas nécessaire que la lésion nasale soit grave pour provoquer des complications oculaires. Des sinusites qui ne donnent que très peu de sécrétion séropurulente peuvent occasionner des complications orbitaires des plus graves. Les lésions anatomiques spéciales sont la cause pour laquelle une rhinite légère peut provoquer des complications orbitaires des plus graves, et une autre fois des sinusites des plus graves peuvent exister sans le moindre retentissement oculaire.

Nous ne pouvons pas ici analyser une à une les observations reproduites par Uffenorde le plus souvent avec grands détails. Les cas se ressemblent du reste beaucoup entre eux. Ainsi toute une série de cas montrent comment une névrite optique rétro-bulbaire peut être uniquement due à une maladie aussi banale qu'un rhume. Seulement ce rhume a infecté un sinus, généralement le sinus ethmoïdal. Aussi simple qu'a été la cause, aussi simple est aussi parfois le traitement. Dans plusieurs cas, il a suffi simplement de luxer le cornet moyen, au moins passagèrement, pour amener la guérison.

Quand on parle de complications oculaires des sinusites on pense naturellement en premier lieu au phlegmon diffus de l'orbite. Ce sont du reste ces cas qui, il ne faut pas l'oublier, ont donné aux oculistes l'occasion de contribuer au développement de la rhinologie. Nous trouvons naturellement un grand nombre de ces cas qui présentent toutes les formes depuis l'œdème fugace de la paupière jusqu'au phlegmon bien développé de l'orbite. Nous avons déjà dit que généralement il s'agissait de sinusites fronto-ethmoïdales, mais deux observations prouvent que le sinus maxillaire peut également entrer en cause.

Le résultat thérapeutique a été toujours bon. Le plus souvent, naturellement, la guérison a été obtenue par l'exécution d'un Killian plus ou moins typique. Parmi les cas ainsi opérés, il s'en

trouve un compliqué d'abcès extra-dural, un autre compliqué de pachyméningite suppurée et d'abcès du lobe frontal. Le seul cas terminé par la mort malgré l'exécution d'un Kuhnt concerne un jeune homme qui depuis quinze jours accusait des maux de tête. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il a remarqué un gonflement de son œil gauche. C'est ce gonflement qui l'a décidé à consulter à la clinique ophtalmologique, d'où il a été renvoyé à Uffenorde qui, à part l'œdème des paupières et un léger exorbitis, constate un mauvais état général et l'existence de pus dans le méat moyen. A l'opération on trouve qu'il s'est agi d'une vieille sinusite fronto-ethmoidale qui, à l'occasion d'un coryza aigu, s'est exacerbée. Il existait de plus une ostéomyélite de l'os frontal. Le malade est mort de septicopyémie et de thrombose de l'artère méningée moyenne.

Les tumeurs des sinus peuvent se comporter comme les inflammations. Ainsi on trouvera une observation d'un emphysème chronique de la paupière dû à un ostéome du sinus ethmoïdal, ou deux cas d'exophtalmie dus une fois à un chondrome, une autre à un adéno-carcinome. La rareté de ces cas mériterait une analyse plus longue.

LAUTMANN.

**Sur la valeur de la réaction de Wassermann en rhinologie**, par  
O. STRANDBERG (*Berlin. Klinisch Wochensch.*, n° 34, 1911).

A propos de la valeur de la réaction de Wassermann en général, dans un article paru dans le même numéro, Plehn, sans s'occuper de notre spécialité en particulier, montre qu'au point de vue du traitement et du pronostic, la réaction de Wassermann devrait très peu nous influencer. Beaucoup de malades présentent un Wassermann positif comme unique manifestation de leur syphilis et meurent à l'âge de 70 ans et plus de toute autre chose que de leur syphilis. D'autres malades qui, pendant des années, ont subi des traitements réguliers ne perdent pas la réaction positive. A quoi bon dire à ces malades que le résultat de l'examen n'est pas négatif, puisque au point de vue psychique on est sûr d'influencer très mal ces malades et qu'au point de vue thérapeutique on n'a pas possibilité de leur promettre la transformation durable du Wassermann positif en une épreuve négative.

Reste la valeur de la réaction au point de vue du diagnostic. Sans compter qu'après une narcose et à la suite du saturnisme et au cours d'une scarlatine, d'une pneumonie, de la lèpre, de nombre

de tumeurs, de beaucoup de cachexies elle peut être positive sans qu'il s'agisse de syphilis, on peut chez les mêmes malades, surtout quand il s'agit d'une ancienne syphilis, la trouver tantôt positive et tantôt négative sans qu'on puisse incriminer la technique. Ainsi, du fait que la réaction peut rester pendant des années positive sans que la syphilis revête aucune manifestation clinique, il appert que, dans un cas douteux, la réaction positive ne prouve pas nécessairement que l'affection en question soit de nature syphilitique ni que la réaction négative permette d'exclure la syphilis.

Strandberg rapporte deux observations. Dans la première, il s'agit d'un homme atteint de lupus, cliniquement absolument manifeste, chez lequel on fait l'ablation d'un lupome du nez qui, examiné au microscope, se présente comme constitué par des cellules rondes avec quelques cellules géantes entourées de cellules à caractère épithélioïde. L'autre observation concerne une femme de 62 ans chez laquelle on enlève une tumeur de la cavité nasale qui histologiquement présente les mêmes caractères que la tumeur dont il est question dans la première observation. On fait le diagnostic de tuberculose de la cavité nasale et on envoie même en vue de traitement la malade à l'Institut de Finsen. Seulement, comme la réaction de Wassermann était dans ce cas positive, la malade a été soumise au traitement anti-syphilitique et a été rapidement guérie. L'auteur dit que si l'on n'avait pas fait dans ce cas la réaction en raison du diagnostic histologique de tuberculose, la malade eût été peut-être soignée sans résultat pendant longtemps. En considérant ce que nous venons de dire, au début de cette analyse, la malade aurait pu, malgré l'épreuve positive, ne pas profiter du traitement antisiphilitique. Nous avons appris à ne pas nous confier aveuglément au diagnostic histologique, et le cas rapporté par l'auteur le prouve (gomme considérée comme tuberculeuse), ainsi ne nous fierons-nous pas non plus au seul diagnostic de laboratoire.

LAUTMANN.

**Troubles oculaires dus à des affections nasales**, par BAUMGARTEN  
(*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 6, 1914).

On croit généralement que si une affection aussi grave que la papillite ou la névrite rétro-bulbaire est d'origine nasale, l'affection nasale doit être sérieuse aussi, et que pour le moins il s'agit d'une sinusite. Les cas observés par Baumgarten, s'ils ne constituent pas une série particulièrement heureuse, montrent que la sinusite

au moins dans le sens dans lequel la plupart des rhinologistes l'entendent, est exceptionnelle. Aussi a-t-il suffi à Baumgarten de faire des interventions des plus légères pour guérir ou améliorer des névrites optiques. C'est le grand mérite de Baumgarten, il nous semble, d'avoir attiré notre attention sur ces faits. Il commence, s'il ne trouve rien de particulier dans un nez, par cocaïner d'abord le cornet moyen, ensuite il badigeonne avec l'adrénaline, et il attend pour voir s'il y a amélioration à la suite de ce pansement. Dans une séance ultérieure, il enlève les cellules ethmoïdales moyennes et postérieures autant qu'il en faut pour mettre à nu la paroi antérieure du sinus sphénoïdal. S'il n'y a pas d'amélioration, il ouvre, dans une nouvelle séance, le sinus sphénoïdal. En procédant ainsi, Baumgarten a guéri jusqu'à présent 10 cas de névrite optique, des plus prononcés, considérés comme inguérissables par le traitement ophtalmologique pur. Le dernier cas publié par Baumgarten est des plus intéressants. Un jeune homme fait une grippe. Le cinquième jour de sa maladie, l'ocufiste constate un scotome central presque absolu de l'œil gauche avec une papille rouge. Il envoie le malade à Baumgarten qui trouve une ethmoïdite aiguë suppurée. Après cocaïnisation adrénalinisation, le malade accuse une amélioration de la vision. Dans la même séance, Baumgarten résèque le cornet moyen, ouvre les cellules ethmoïdales. Dès le troisième jour, la vision est de 5/20 et au bout d'une semaine, la névrite a disparu.

Dans l'observation suivante par exemple concernant un homme atteint de papillite chronique à droite avec scotome central pour les couleurs et vision de 5/30, Baumgarten ne trouve aucune lésion dans la fosse nasale gauche et, à droite, il constate que le cornet moyen touche le septum. Il se décide à enlever le cornet moyen jusqu'au sinus sphénoïdal. Il ouvre le sinus sphénoïdal, n'y trouve rien qu'une muqueuse tuméfiée. Immédiatement après l'opération le scotome pour les couleurs a disparu et, le troisième jour, la vision est de 5/20 et remonte bientôt à 6/7. Les deux autres observations sont à peu près analogues. Dans les deux cas il a fallu détruire une bulle osseuse de l'ethmoïde pour guérir, une fois une névrite rétro-bulbaires, une autre fois une névrite aiguë.

LAUTMANN.

**Tumeur de la région hypophysaire opérée par voie nasale, par G. SPIESS (*Münchn. mediz. Wochens.*, n° 47, 1911).**

Pour le moment les tumeurs de la région hypophysaire sont le

mieux attaquées par voie endo-nasale. C'est Hirsch qui a eu le grand mérite de l'avoir nettement montré. Nous avons, à l'occasion de l'analyse du dernier travail de Hirsch à ce sujet, donné tous les détails sur cette nouvelle acquisition de la rhino-chirurgie. Il s'agit pour répéter brièvement d'une sorte de résection sous-muqueuse du septum, amplifiée en ce sens qu'on avance jusqu'à la paroi antérieure du sinus sphénoïdal, dont on enlève également par voie sousmuqueuse le revêtement mou. Dans cette poche profonde on fait une brèche dans le sinus sphénoïdal où l'on trouve la tumeur. C'est par ce procédé que Spiess a opéré un malade âgé de 28 ans chez lequel les neuro-pathologistes ont diagnostiqué une tumeur dans la région hypophysaire. Ce diagnostic a été confirmé par l'opération. Le malade a été entièrement guéri. Il s'agissait d'une tumeur exceptionnelle, d'un chondrome, tumeur d'origine embryonnaire.

LAUTMANN.

#### LARYNX.

**Sur la perversion de l'action des cordes vocales pendant la respiration au cours des psychonévroses**, par E. POLLAK (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 40, 1911).

Il n'est pas si rare que l'on croit de voir que les cordes vocales, au lieu de s'écarter pendant l'inspiration et de se rapprocher pendant l'expiration, exécutent des mouvements anormaux, c'est-à-dire se rapprochent pendant l'inspiration et s'écartent pendant l'expiration. Chez des personnes émotives le simple examen laryngoscopique peut suffire pour troubler ainsi le rythme normal, mais le trouble est passager. Moins connus sont les cas où cet état est permanent. Fränkel a décrit une forme dans laquelle les malades, fortement dyspnéiques, avec une inspiration sifflante, présentent cet accolement des cordes pendant l'inspiration.

Sur une autre forme Pollak appelle l'attention. Dans ces cas à première vue on croirait avoir affaire à une parésie double des postici. Pendant l'expiration les cordes se trouvent soit dans la position cadavérique, soit dans la position para-médiane, et à chaque inspiration, elles se rapprochent davantage pour retourner pendant l'expiration pas au delà de la position cadavérique. On com-

prend qu'un médecin non prévenu puisse se laisser entraîner à un faux pronostic.

Un autre type serait donné par les malades chez lesquels seule la partie ligamenteuse de la glotte prend part à ce mouvement anormal tandis que la glotte respiratoire reste absolument normale.

On a signalé des paralysies récurrentielles isolées, durant pendant vingt ans et plus sans occasionner la mort du malade. On se demande si dans ces cas il ne s'est pas agi d'une de ces formes de mouvements anormaux des cordes. Aujourd'hui l'opinion de tous les médecins est unanime pour voir une manifestation de la psychonévrose dans ces cas. En effet, cette maladie a été surtout constatée chez des individus psychopathes.

LAUTMANN.

**Résultats pratiques dans le traitement des troubles de la parole,**  
par FRÖSCHEL et SIMON (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 8, 1911).

L'orthophonie est devenue presque une spécialité distincte de l'oto-rhino-laryngologie. Mais comme l'orthophonie est née dans notre spécialité, il est évident que beaucoup de questions restent communes à ces deux spécialités. Parmi ces questions, la rhinolalie est une des plus importantes. Nous connaissons bien la rhinolalie ouverte due à l'absence du voile ou à sa fissure ou celle due à une paralysie du voile. Mais déjà nous semble moins connue la rhinolalie ouverte due à une faiblesse congénitale de la musculature du voile du palais. La méconnaissance de cette forme de la rhinolalie ouverte conduit assez souvent à des opérations inutiles et partant inefficaces. Il faut aussi savoir que l'imitation peut conduire les enfants à parler avec un voile relâché. Nous passons sur le traitement qui, tant qu'il est purement médical, nous est connu et tant qu'il est purement orthophonique est en dehors de notre compétence (exercices orthophoniques de Gutzmann, emploi de l'appareil de Fröschels, etc.)

Dans la rhinolalie fermée on pourrait distinguer une forme antérieure quand le trouble siège dans les fosses nasales et une forme postérieure quand c'est le pharynx qui est obstrué. Dans cette dernière forme, il faut mettre à part celle qui est provoquée par la contraction du voile et qu'on appelle la rhinolalie palatine. On reconnaîtra cette dernière si, avec une sonde d'Itard introduite par le nez, on exerce une pression sur le voile au moment de la phonation. Il faut reconnaître cette rhinolalie palatine parce qu'elle



n'est susceptible que d'un traitement orthophonique. Inutile de dire qu'il peut y avoir combinaison entre rhinolalie ouverte et rhinolalie fermée (rhinolalie mixte). En terminant, quelques renseignements sur le bégaiement. Chez les bégues on trouve toujours une respiration vicieuse et souvent, même à l'état de repos, on les voit respirer avec les muscles auxiliaires de la respiration, surtout les ailes du nez.

Fröschels est convaincu que la vie sexuelle joue un grand rôle dans la genèse du bégaiement. En tous cas les bégues peuvent être considérés comme des psychasthéniques. Tous les procédés thérapeutiques préconisés contre le bégaiement sont basés sur deux principes : ou la suggestion ou la gymnastique respiratoire. La méthode de Liebmann, qui réunit ces deux principes, donne probablement les meilleurs résultats. On voit qu'il ne suffit pas d'exécuter l'adénotomie pour guérir le bégaiement.

LAUTMANN.

**Les bases physiologiques de la bonne formation de la voix**, par  
HUGO STERN. (*Monatsch. f. Ohrenh.*, n° 4, 1914).

Avant de résumer l'article de Stern, il nous faut constater d'abord qu'il n'est pas dans la vérité s'il croit que les méthodes employées par les professeurs de chant sont basées sur des notions exactes de physiologie. Non seulement ces notions ne peuvent pas être exactes, les physiologistes étant en contradiction entre eux (Barth-Gutzmann), mais l'opinion de tous les médecins qui ont occasion de soigner des élèves chanteurs est que ces notions sont inutiles, voire même nuisibles. Que Stern attribue à une bonne respiration la plus importante part pour une base physiologique de l'apprentissage du chant, rien de plus exact. Mais déjà il nous paraît très risqué de vouloir obtenir pour le larynx une position définie pendant l'émission du son. Il nous semble aussi en dehors du rôle du médecin de décider si la méthode par le coup de glotte ou une autre est celle qui donne les meilleurs résultats. Il restera toujours un desideratum : celui d'aider l'apprentissage du chant par l'exercice de l'oreille de l'élève. Tout le monde connaît des chanteurs qui au point de vue musical ne possèdent rien autre qu'une voix et rien moins qu'une oreille. En terminant, Stern s'élève contre l'opinion très répandue (et probablement juste) que les anciens Italiens ne savaient rien de la physiologie et étaient pourtant les meilleurs professeurs de chant.

LAUTMANN.

**Angine de Vincent ayant exclusivement envahi le larynx, par  
ARROWSMITH (*Annals, of Otology*, sept. 1911.)**

Il s'agit d'un homme de 26 ans venu consulter pour un léger gonflement du cou; l'examen laryngoscopique révéla une tuméfaction œdémateuse de l'épiglotte, des aryténoïdes et des bandes ventriculaires. 24 heures après son admission à l'hôpital on dut pratiquer d'urgence la trachéotomie. Décanulement le quatrième jour; le malade quitta l'hôpital considéré comme guéri.

Quelques mois plus tard, il revint à l'hôpital avec de la dyspnée et une grosse tuméfaction des parties molles du cou. On rouvrit l'ancienne plaie et l'incision donna issue à une grande quantité de pus fétide; plusieurs autres petits abcès furent également ouverts; il n'a pas été possible de découvrir une communication avec la trachée. Le pus contenait des quantités énormes de bacilles fusiformes et de spirilles de Vincent. Huit jours plus tard, la dyspnée était si violente que le malade dut à nouveau être trachéotomisé. Des préparations des sécrétions trachéales et des expectorations décelèrent les microorganismes spécifiques en culture pure. Pendant les 6 semaines qui suivirent de nombreux examens bactériologiques des expectorations, des sécrétions de la trachée et des granulations de la paroi trachéale révélaient constamment des bacilles fusiformes et des spirilles de Vincent en culture pure parfois mélangés de pneumocoques, staphylocoques et streptocoques. Comme les symptômes ne rétrocédaient pas et qu'en bouchant la canule, l'air ne passait pas dans le larynx, l'auteur pratiqua une thyrotomie et introduisit un tube à laryngostomie de Jackson afin de maintenir le larynx ouvert pour des applications locales et dans l'espoir de le mettre pour l'avenir à l'abri de formations cicatricielles. Après l'ouverture du larynx on enleva une grosse masse caséeuse qui contenait un grand nombre de microorganismes spécifiques. Sous l'exsudat la muqueuse était érodée et le cartilage dénudé par place. Réaction de Wassermann négative, et le traitement antisiphylitique est resté sans résultat. Après 14 jours de traitement local du larynx, de la trachée, on put remplacer le tube de Jackson par une canule trachéale ordinaire. Un mois plus tard, les spirilles et les bacilles fusiformes étaient entièrement absents des sécrétions et des expectorations, mais il s'était formé une sténose cicatricielle prononcée du larynx. Des tentatives de dilatation à l'aide de bougies de Schrötter ont été abandonnées au bout de quelque temps. L'intérieur du larynx est resté épaissi et rigide.

A ce cas l'auteur en ajoute un autre, où l'épiglotte, les replis et

les bandes ventriculaires étaient recouverts d'un exsudat épais blanc et où l'examen bactériologique a décelé de nombreux bacilles fusiformes et des spirilles. Le malade était en même temps atteint de tuberculose pulmonaire.

TRIVAS.

**Un cas de gomme syphilitique du nasopharynx et du larynx traité par le Salvarsan**, par OUSSATCHER (*Voenno Med. Journal*, sept. 1914).

L'état du malade (médecin) était extrêmement grave : il était profondément cachectisé et affaibli par suite de l'impossibilité, à cause de l'odynophagie, de prendre même des aliments liquides ; les manifestations locales étaient très marquées. Malgré le traitement iodo-mercuriel répété, la situation devint tellement grave, voire même désespérée, que l'auteur ne voyait de salut que dans l'application de 606. Il pratiqua une injection intra-musculaire de 60 centigrammes de salvarsan. Après l'injection l'état général et les phénomènes locaux se sont rapidement améliorés. Au bout de 24 jours, le malade était presque complètement rétabli.

TRIVAS.

**Fracture compliquée du larynx avec lésion de l'œsophage**, par MARKOV (*Vratchebnaja Gazeta*, n° 24, 1914).

Les fractures du larynx appartiennent à la catégorie d'affections relativement rares ; c'est pourquoi le cas rapporté par l'auteur mérite d'être mentionné.

Un paysan, âgé de 30 ans, fut renversé par un coup de pied de cheval et jeté à terre la face en bas.

A l'examen, aussitôt après l'admission à l'hôpital, on constata ce qui suit : parole embarrassée ; le malade parle presque d'une voix chuchotée. Cou tuméfié et à la palpation on sent un léger emphyseme sous-cutané en avant. Cartilage thyroïde douloureux, et crépitation dans le déplacement latéral. Respiration difficile. Les tentatives de déglutition sont aussitôt suivies de violents accès de toux allant jusqu'à la suffocation. Le malade a vécu six jours pendant lesquels son état s'était progressivement aggravé : la température variait de 38°,5 à 39°,2. Toux, cyanose de la face et des lèvres, gêne croissante de la respiration et ralentissement de l'activité cardiaque. Les accès de suffocation suivant les tentatives d'absorption d'aliments ont fait penser à une lésion de l'œsophage.

Ayant d'abord refusé une trachéotomie proposée le jour même de l'admission à l'hôpital, le malade n'y consentit que la veille de sa mort. Après l'opération la respiration devint plus libre et la cyanose diminua, mais la faiblesse cardiaque alla en augmentant et le malade succomba le septième jour de l'accident. A l'autopsie on trouva les tissus perilaryngés profondément infiltrés de liquide séro-sanguinolent. Le cartilage thyroïde présentait une fracture compliquée, notamment : une fracture verticale esquilleuse et une transversale de l'aile droite du thyroïde. Les deux cornes étaient également brisées. L'œsophage présentait une large perforation en sa paroi antérieure, à droite et latéralement, et à travers cette perforation on pouvait voir au fond la partie supérieure fracturée de la petite corne. Cet orifice communiquait avec l'intérieur du larynx, Hémorragie dans la paroi de l'œsophage.

TRIVAS.

---

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Prof. Dr SIR FÉLIX SEMON : Forschungen und Erfahrungen 1880-1910, A. Hirschwald éditeur, Berlin 1912. 2 volumes MK. 32.

PANSE : Pathologische Anatomie des Ohres. Vogel éditeur. Leipzig. 1912. MK. 13-50.

---

## CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS

---



## OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

**ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.**

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

